DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

<table>
<tr><td colspan="5">PLAN DE INTERVECIONES COLECTIVAS DE SALUD PUBLICA- POBLACION INDIGENA DEL TOLIMA- 2024</td><td>ACTA No</td></tr>
<tr><td colspan="5">MUNICIPIO: N A T A G A I M A
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No 1181</td><td>01</td></tr>
<tr><td rowspan="2">LUGAR DE LA CAPACITACIÓN O ACTIVIDAD:
COMUNIDAD INDIGENA QUEBRADITAS</td><td colspan="3">FECHA DE LA ACTIVIDAD</td><td rowspan="2">HORA INICIO:
02:00 P.M

HORA TERMINACION:
04:30 P.M</td><td rowspan="2">RESPONSABLE:
ANNY GHERALDINE PENAGOS CARDOZO</td></tr>
<tr><td>31</td><td>08</td><td>2024</td></tr>
<tr><td colspan="6">ACTIVIDAD: Realizar caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia del municipio de Natagaima en la siguiente zona: zona 1: Velu (resguardo y comunidades de Velu centro, Gualeras, Quebraditas, Yaco Molana y Crucita la Virginia) y zona 2: Pueblo Nuevo (resguardo y comunidades de Pueblo Nuevo, Rincón Bodega, Cocana y Anacarco) con el propósito de conocer la cantidad de menores de 12 años que conviven en dichas comunidades y resguardos junto a las condiciones de salud del menor con una búsqueda active de 12 comunidades y resguardos indígenas, especialmente lo relacionado con el estado nutricional de estos menores, se realiza actividades de demanda inducida de acuerdo a la edad y se le informa a la EAPB a la que se encuentra afiliado de los servicios requeridos.</td></tr>
<tr><td colspan="6">OBLIGACION: Dimension Seguridad Alimentaria y Nutricional</td></tr>
<tr><td colspan="6">TEMA: Caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia para verificar estado nutricional</td></tr>
<tr><td colspan="6">POBLACIÓN OBJETO: Pueblos indígenas y comunidades de Colombia.</td></tr>
<tr><td colspan="6">NUMERO DE ASISTENTES: 8 asistentes</td></tr>
</table>

ORDEN DEL DIA

1. Presentación de asistentes
2. Objetivo
3. Metodología
4. Desarrollo de la Actividad
5. Resultados de la actividad
6. Conclusiones, Proposiciones y Varios.
7. Registro Fotográfico y de asistencia

1. PRESENTACIÓN DE ASISTENTES:
Se realizó solicitud de base de datos de las comunidades y resguardos indígenas a la IPS-I THE WALA de Natagaima Tolima, seguido se realizó llamado vía telefónica a la gobernadora María Liliana Culma Vega del resguardo indígena Quebraditas pertenecientes a la zona 1, dándole un saludo e informándole sobre la actividad de Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública- Indigena 2024 que se viene realizando con la Gobernación del Tolima y THE WALA IPS-I, con el fin de solicitar un espacio en dicha comunidad e informando la metodología que se ejecutara para llevar a cabo la caracterización de la población resguardo indígena Quebraditas, llegando a un acuerdo con la gobernadora para el día 31 de agosto del 2024.

2. OBJETIVO (S):
Realizar caracterización de curso de vida e informar a la comunidad sobre los estilos y hábitos de vida para promover las condiciones y el bienestar integral a nivel físico, intelectual, emocional y social
3. METODOLOGÍA:
Los elementos que se implementaron para llevar a cabo la actividad fueron los siguientes: carteleras, formato de caracterización, listado de asistencia, chaleco, carnet de identificación, tabla de medición, infantometro, estadiómetro mecánico portátil, cinta métrica mecánica para medición de circunferencia, pesa bebes electrónica, bascula pesa personas.

4. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la actividad donde la auxiliar de enfermería Anny Penagos dio saludo de bienvenida a la comunidad del resguardo indígena Quebraditas, explicando el objetivo de la actividad a realizar del Plan de Intervenciones Colectivas PIC Indígena 2024, sobre la caracterizacion de la población de curso de vida primera infancia e infancia, la cual cuenta con un total de 66 preguntas con el propósito de conocer la cantidad de menores de 12 años y sus condiciones de salud del menor junto con el estado nutricional de estos menores de edad.

Según la organización de la salud OMS, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, Tambien es el proceso biológico que ocurre en un ser vivo cuando su organismo absorbe de los alimentos y líquidos los nutrientes que necesita para su crecimiento y el desarrollo de las funciones vitales. A través de la alimentación el organismo incorpora hidratos de carbono, vitaminas, minerales, proteínas y grasas. Hay dos tipos de nutrición que la comunidad debe tener encuenta: **Nutrición autótrofa**. Es el tipo de alimentación que llevan a cabo organismos que producen su propio alimento, como las plantas y algunas bacterias. **Nutrición heterótrofa**. Es el tipo de alimentación que llevan a cabo organismos que se alimentan de otros para sobrevivir. En este grupo están las bacterias, los hongos y los animales. Es por ello que se deben consumir una cierta cantidad de nutrientes que son las sustancias que están presentes en los alimentos y que el organismo del ser humano utiliza para realizar sus funciones vitales. **Macronutrientes**. Son nutrientes que el organismo requiere en grandes cantidades y son responsables de introducir energía al cuerpo. Estos son: las proteínas, los hidratos de carbono, grasas y el agua.

Micronutrientes. Son nutrientes que el organismo requiere en pequeñas cantidades y que cumplen funciones específicas. Estos son: vitaminas y minerales. Cabe resalta que dando esta información y educación se solicita documentos de los menores de

12 años, como el carnet de vacunación, carnet de control y crecimiento y presencia del responsable del menor de edad para llevar a cabo el proceso de focalización por núcleo familiar e iniciando con la encuesta de seguridad alimentaria y nutricional, recolectando una serie de informacion y obteniendo un peso y talla para la medición de la IMC y así mismo llevar los datos estadísticos de los niños que han sido diagnosticados con desnutrición aguda o crónica, con el fin de realizar acciones de demanda inducida y seguimiento para la prevención de la misma, es de resaltar que la informacion y educacion la recibio cada una de las familias que fueron caracterizadas de la comunidad del resguardo indigena Quebraditas donde se dan las siguientes recomendaciones a la comunidad indigena:

Consumir alimentos que brinden los macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas), que dan energía al organismo para que pueda desarrollar sus funciones vitales.

Consumir alimentos que brinden al cuerpo vitaminas y minerales, que son micronutrientes no energéticos que llevan adelante funciones de regeneración y desarrollo.

Tomar aproximadamente dos litros de agua por día para mantener el cuerpo bien hidratado.

Consumir suficientes alimentos altos en fibra, que es un tipo de hidrato de carbono que el sistema digestivo no digiere y que, entre otras cosas, mejora el tránsito intestinal y regula el nivel de azúcar en sangre.

Consultar siempre a un especialista en salud, ya que la cantidad de nutrientes y de alimentos a incorporar va a depender de las necesidades nutricionales de cada persona. Para eso se tienen en cuenta indicadores como el peso, la altura, el momento de la vida del paciente o situaciones excepcionales como el embarazo o el proceso de lactancia.

Consultar las etiquetas de los productos alimenticios y conocer los ingredientes que se utilizan para producir cada tipo de alimento y sus beneficios nutricionales.

Comer alimentos variados para tener una dieta equilibrada.

Consumir algunos productos, como la sal y las bebidas alcohólicas, con moderación. Acompañar la alimentación equilibrada con ejercicio físico que permita ayudar al desarrollo y funcionamiento del cuerpo. Para esto es importante realizar un balance energético de acuerdo a las necesidades nutricionales que se precisen de acuerdo a la cantidad de actividad física que se realice.

5. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

La comunidad del resguardo indigena Quebraditas acudió a la actividad y se mostró positiva siendo muy asertiva y participativa, donde asistieron ocho niños para ser caracterizados ya que los otros niños se encuentran fuera del territorio.

6. CONCLUSIONES, PROPOSICIONES Y VARIOS:

Se obtuvieron buenos resultados ya que la comunidad del resguardo indigena Quebraditas recibieron con buen ánimo la actividad a realizar por parte de la Gobernación Tolima y The Wala Ips-I y así poder sensibilizar sobre las condiciones de salud del menor junto con el estado nutricional de estos menores de edad.

7. REGISTRO FOTOGRÁFICO

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización nutricional de la población infantil de la comunidad indigena de Natagaima

LUGAR: Resguardo Indígena Quebraditas, Zona del Municipio de Natagaima
FECHA: 31 de agosto 2024

Registro fotográfico 1.



Presentación y socialización de la actividad a realizar en la comunidad del Resguardo Indígena Quebraditas del municipio de Natagaima

Registro fotográfico 2.



Caracterización a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Quebraditas del municipio de Natagaima.

Registro fotográfico 3.



Caracterización a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Quebraditas del municipio de Natagaima.

Registro fotográfico 4.



Caracterización a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Quebraditas del municipio de Natagaima.



Natagaima 21 de agosto 2024

Señora:
MARIA LILIANA CULMA VEGA
Gobernadora Resguardo Indígena Quebraditas
Natagaima Tolima

Cordial saludo

Respetuosamente solicito de su valiosa colaboración con el fin de solicitar espacio en su comunidad Resguardo Indígena Quebraditas, con el fin de socializar la ejecución del programa de Salud Pública del Plan de Intervenciones Colectivas PIC Indígena 2024

La actividad tiene como objetivo conocer la cantidad de menores de 12 años que conviven en dicha comunidad, junto con sus condiciones de salud del estado nutricional del menor de edad.

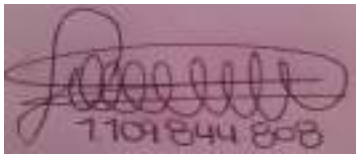
Quedamos atentos a su colaboración.

Cordialmente,

ANNY GHERALDINE PENAGOS CARDOZO
Auxiliar de enfermería
Celular: 3208828380

Carta de invitación a la gobernadora y comunidad del resguardo indigena Quebraditas del Municipio de Natagaima.

Realizado por:



ANNY GHERALDINE PENAGOS CARDOZO
Auxiliar de enfermería
IBAGUE – TOLIMA
2024

ANEXO DE LISTADO CON FIRMAS y FICHA DE CARACTERIZACION



LISTA DE ASISTENCIA DEL EVENTO Y/O ACTIVIDAD

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	NUMERO DOCUMENTO	SEXO	EDAD	DIRECCION	FIRMA ENTERA	TELEFONO
1	Ana rosa Hoyos Rocha	1006186148	F	36	V Subsidiado		3214691245
2	Tatiana Sanchez Vega	65.790.199	F	45	V Subsidiado		312 4966 543
3	Angie Dalida Sequeda Tafur	1007 199 584	F	22	V Subsidiado		3223405058
4	Rosalba Ospina Diaz	37981.041	F	57	V Vinculado		312.3041194
5	Eileen Calma	65.928.598	F	53	V. Vinculado		312.3037739
6	Angela Marcela Torres	26.315.280	F	40	V Subsidiado		311.822.3563
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Ana Angelica Reyes Cardona

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO CONTRATO: Ana Sanchez Reyes Cardona

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	1	Fecha captura:	05 MAY 24
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Anayanta Acosta	Parentezco: X Madre, b. Padre, c. Otro (¿quién?)	Mamá

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural	X	Caserio		
2.	La vivienda es: X Casa propia, b. Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Propia	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a. Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra, g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. Barequa, m. Cemento								
	Piso	Todo	Techo	Tejas	Paredes	Madera	Baño	plastico	Cocina	plastico
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								2
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X Si, B. No								Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No								NO
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. X No								NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								NO
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familiar								los padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, X Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de identificación del Menor	Número de identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Dunsali Tole Tique	TI	1109849237		X	Vereda Quebradita

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aa/aa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Dunsali	Tole Tique	F	20/06/2015	9	37.2	142		18.45	sobrepeso

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)			
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 20/06/2015						
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI		NO	
	22c. La han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta		DIA		MES		AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)				
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)				
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años			SI	NO	(dd/mm/aaaa)				
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado								
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao Salud								
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						Si			
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??						Brote en la piel			
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						No			
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?									
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Ninguna			
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: (x) a. Correr/ trotar, b. Bailar, (x) g. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otras ¿Cuál?					Jugar Correr			
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, (x) Todos los días					Todos los días			
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, (x) g. Otras (¿cuál?)					Lavar loza			
		Frecuencia: (x) 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					1 vez al mes			
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: (x) Si, b. No						Si			
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					07/08/2023			
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?	Peso (kg)	25.5	Talla (cm)	1.27				
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:								
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si			
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						26/04/2024			
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si			
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						No			
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO			
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO			

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. (x) b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	06	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	18	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	18	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Comidas, Jugos, Sopas, leche tarro Non				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48. ¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir)
Granos Arroz, huevo, carne, pollo

49. ¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir)
Verduras pescado

50. ¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir)
Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)			X		
LACTEOS (y derivados)		X			
HUEVOS		X			
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)			X		
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.	X				
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)			X		
VERDURAS Y HORTALIZAS				X	
COMIDAS EN RESTAURANTE				X	

52. ¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro: NO

53. Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?

54. ¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar? Dentro: Padres; Fuera: padres

55. Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. SI, ¿Cuál?, b. No NO

56. ¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa? SI

57. Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales?
hamburguesas, galletas, papas, Pony

58. Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa? Cada 15 dias

59. ¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles?
NO

60. ¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles?
NO

61. ¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque Comprado

62. ¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?
Frecuencia: X Diario, b. Semanal, c. Cada 15 dias, d. Mensual: Diario.
Lugar de compra: Plaza tienda

63. ¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, X No
NO

64. ¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No
NO

65. ¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas?

66. ¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao?

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Pengos Cardoso

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	12	Fecha captura:	03 MAR 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	[illegible]	Parentezco: X Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural	X	Caserio	Arriendo
2.	La vivienda es: a.Casa propia, X Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Baldosa, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tejas, k. Otro, l. Sarraque, m.Carton							
	Piso	Cemento	Techo	Teja	Paredes	Tierra	Baño	Cemento	Cocina	Tierra
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?							2
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:							Manantial
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X Si. B. No							Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No							No.
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?							
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. X No							NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)							
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:							Si
12.	Si respondió otros cual							Verano
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Quemas							
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?							NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familiar							los padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:							
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.							
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?							

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Alan Esteban Gutierrez. Eguivel	RC	1109849060		X	Vereda Mercadillo

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Alan esteban	Gutierrez E	M	22/11/2021	2	13	92	46		Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:	21.a. Peso al Nacer (gramos)	340	21.b. Talla al Nacer(cm)]	49	21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)			
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	36	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 22/11/2027					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta	DIA	MES	AÑO			
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao salud							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						No		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Ninguno		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr trotar, b. Saltar, X c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudio)g. Otras ¿Cuál?					Correr Jugar		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días					todos los días.		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, X Otras (¿cuál?)					recoge cosechas		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días					todos los días		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. X b. No						Si		
36.	Si la respuesta N° 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					26/Jul/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?	Peso (kg)	12.4	Talla (cm)	89			
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						20/Jul/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el camé de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						NO		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. X b. No					
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	10	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Leche NAN, comidas sopas				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuales son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir)	Huevo Pescado leche maduro Asado Arepa				
49.	¿Cuales alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir)	Sopa Pasta				
50.	¿Cuales alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir)	Ninguno				
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES X SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)	X				
	LACTEOS (y derivados)	X				
	HUEVOS	X				
	GRANOS SECOS (fríjol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, tortillas)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X			X	
	Alimentos propios o tradicionales					
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
	VERDURAS Y HORTALIZAS		X			
	COMIDAS EN RESTAURANTE				X	
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				Si	
53.	Si respondio Si ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?			Sulfato ferroso		
54.	¿Quien es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres	
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario? a. Si, ¿Cuál?, b. No				NO	
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44, diga cuales?	Chocorramo, galletas, Papas, gaseosa manzana				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				1 vez a la semana	
59.	¿Hay alimentos especiales según salud y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles?	NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles?	NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar? X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado	
62.	¿Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal	
		Lugar de compra			Otros que no la Vereda	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, b. No	NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No	NO				
65.	¿Que acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas?	Pedir más ayudas a las entidades Publicas				
66.	¿Que acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberania alimentaria de su familia y de la población Pijao?	Cultivar alimentos				

Nombre y Apellido de quien diligencio encuesta: Angi Geraldine Perdomo cardoso

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	3	Fecha captura:	08 MAR 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Maria Hernandez diaz	Parentezco: X Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.						Propia		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tejas, k. Otro, l. barequa. m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	tejas	Paredes	tierra	Baño	plastico	Cocina	tierra
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								1
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X Si, B. No								Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si X No								NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								No
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO.
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								los Padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, X Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La educacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Johan steven vache zoache	TI	1109846895		X	Vielu brisa magdalena

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Johan steven	vache zoache	M	8/08/2014	10	28	136		15.14	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm)|		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)	
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 08/08/2024				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses				22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?				Fecha de la Consulta	DIA	MES		AÑO
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao salud							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?							SI	
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??							dolor muscular, fiebre	
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							NO	
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:							Ninguno	
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X Correr trotar, b. Bailar, X Jugar, X Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otras ¿Cuál?						Correr Jugar nadar	
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días						todos los días	
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, X Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g Otras (¿cuál?)						cargar leña	
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días						1a2/semana	
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: X a. Si, b. No							Si	
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?						21/11/2023	
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?			Peso (kg)	14.2	Talla (cm)	134	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?							Si	
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)							23/11/2023	
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							Si	
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							NO	
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							NO	
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							NO	

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenía el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	6	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Caldos, platos, mazamorras				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Granos Pescado, Pollo.					
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Frejol					
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno					
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)			X		
	LACTEOS (y derivados)		X			
	HUEVOS	X				
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)			X		
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
	Alimentos propios o tradicionales.				X	
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)			X		
	VERDURAS Y HORTALIZAS			X		
	COMIDAS EN RESTAURANTE					X
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consuma?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niño dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres	
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b. No				NO	
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Papas gaseosas					
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				1 vez a la semana	
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles? Bienestarina					
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO					
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: X Diario, b. Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Diario	
		Lugar de compra			Tienda plaza	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, b. No NO					
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No NO					
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Gestionar para obtener ayudas					
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao?					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Anny Gherardine Perdomo Cadena.

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	4	Fecha captura:	03 MES 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Marleni Soche diaz	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.						Propia		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tejas, k. Otro, l. barrequa m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Teja	Paredes	tierra	Baño	plastico	Cocina	tierra
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								1
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X Si. B. No								Si
7.	¿ La hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No								NO
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. b. No								NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								NO
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familiar								los padres.
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, X Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Jose luis Soche Soche	RC	1109848437		X	Villa bracos Natagaima

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dia/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 3 años)	DX nutricional
20.	Jose luis	Soche Soche	M	2/7/2018	6	19.7	118		13.72	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.a. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 02/11/2018				
22	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?				Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO
23	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
24	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
25	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
26	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27	EPS/ EAPB AFILIADO	Alianza salud							
28	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?							Si	
29	Si respondió si, ¿ Cual enfermedad o sintomas ??							fiebre, mareo	
30	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							No.	
31	Si respondió si, ¿ Cual enfermedad?								
32	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:							Ninguno	
33	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr/ trotar, b. Saltar, X c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cual?						Correr, Jugar	
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días						Todos los días	
34	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cual?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, X Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g.Otros (¿cual?)						Cargar leña	
		Frecuencia: a. X vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días						1a2/semana	
35	¿Ha llevado a su hija/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: X Si, b. No							Si	
36	Si la respuesta Nº 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?						11/12/2023	
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?			Peso (kg)	13.6	Talla (cm)	112	
37	Si la respuesta Nº 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?							Si	
39	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)							11/12/2023	
40	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							Si	
41	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							No	
42	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							No	
43	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							No	

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X Si, b. No					Si
45	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	6	No sabe	
47	¿Como fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Caldos platano.				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir)	Gramo Pescado carne.				
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir)	Verduras				
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir)	Ninguno				
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)			X		
	LACTEOS (y derivados)		X			
	HUEVOS	X				
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)			X		
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X			X	
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
	Alimentos propios o tradicionales.			X		
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)			X		
	VERDURAS Y HORTALIZAS			X		
	COMIDAS EN RESTAURANTE					X
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO	
53.	Si respondio Si ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres	
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares soclales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, X No				NO.	
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales?	galletas, Jugos de caja				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?				1 Vez Semana	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles?	Bienestarina				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles?	NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado	
62.	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: X Diario, b. Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Diario	
		Lugar de compra			tienda, Plaza	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No					
		NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No					
		NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas?	Gestionar Para obtener ayudas				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao?					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Anni Ghendhis pengos Cardoso

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	5	Fecha captura:	05 MES 3 AÑO 2024
Municipio:	MATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Maleth Sarache diaz	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia			Urbana		Rural		Caserío	X
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.								Propia
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, piso, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Baldosa, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. barrajos m.Camarín								
	Piso	Cemento	Techo	Tejas	Paredes	Tierra	Baño	plastico	Cocina	Tierra
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?									1
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:									Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X Si. B. No									Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No									NO
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?									
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si X No									NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)									
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:									NO
12.	Si respondió otros cual									
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)									
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?									No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familiar									los Padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:									
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: X Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.									Preescolar
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao?									Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	William Santiago Sarache diaz	RC	1109848905		X	Villa bosque mocholoa

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (menores de 5 años)	DX nutricional
20.	William Santiago	Sarache diaz	M	7/08/2020	3	14.8	102	51		Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)	
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 07/03/2021				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejería de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años			SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado						
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao Salud						
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?					Si		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??					Fiebre, Mocos		
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?					NO		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?							
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:					Si		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: (X) a. Correr/ trotar, b. Saltar, (X) c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar/g. Otras ¿Cuál?				Corre, Juga		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, (X) e. Todos los días				todos los días.		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, (X) g. Otras (¿cuál?)				recoger juguetes		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, (X) d. Todos los días				todos los días		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No					Si		
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?				03/04/2024		
		¿Cuento pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	13.9	Talla (cm)	96.7	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:						
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?					NO.		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)							
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)					Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?					NO		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?					NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?					NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: (X) a. Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenía el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	6.	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo le inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Fecha, Maiz, Farina				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Pollo, arroz, frijol, Granos					
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Pescado					
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno					
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)			X		
	LACTEOS (y derivados)		X			
	HUEVOS	X				
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X		X		
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
	Alimentos propios o tradicionales.				X	
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)			X		
	VERDURAS Y HORTALIZAS				X	
	COMIDAS EN RESTAURANTE					X
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres	
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				NO.	
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? galletas, Dulces					
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?				1 Vez a la semana	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? Bienestarina					
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO					
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprados	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: X Diario, b. Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			DIARIO	
		Lugar de compra			tienda plaza	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO					
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO					
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluya deficit o exceso) los niños y niñas? Gestionar para obtener ayudas					
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao?					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Anyi Geraldine perdomo cardoso

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	6	Fecha captura:	21 MAR 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Laura Juanes	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural	X	Caserio		
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, X Casa familiar, d. Casa de trabajo.						familiar		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plasticos, j. Tejas, k. Otro, l. barraque m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	tejas	Paredes	ladrillo	Baño	baldosa	Cocina	cemento
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								2
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Agua tubeada
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X SI. B. No								Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cual? X No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. X No								No
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								Si
12.	Si respondió otros cual								Verano
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Quemas								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, X Sólo mamá, d. Otro familar								Madre
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								bachillerato
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Colegio

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Laura Selene Marcos	TI	1106076078		X	Vda Virginia

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dia/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Laura	Juanes	F	08/11/2011	12	49	151		21.49	sobrepeso

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.a. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 03/11/2077					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta	DIA	MES	AÑO		
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao salud							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						Si		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??						Fiebre dolor muscular		
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						No		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Si		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr trotar, b. Saltar, c. Jugar, X d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporta especifico, X g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otras ¿Cuál?					Correr, nadar recorridos en bicicleta		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días					todos los días		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, X Cargar agua, X Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g.Otras (¿cuál?)					Cargar Agua y leña		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, X b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					1o2/semana		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo? X a. Si, b. No						Si		
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					20/11/2021		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	20	Talla (cm)	107		
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						07/06/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						No		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						No		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						No		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X a. Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	14	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	14	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Sopas Frutas Cocidas				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir)	Fideos, Pollo, huevo cocinado, Frutas				
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir)	Brocoli - Papaya				
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir)	Ninguno				
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
	LACTEOS (y derivados)		X			
	HUEVOS		X			
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
	Alimentos propios o tradicionales.			X		
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)		X			
	VERDURAS Y HORTALIZAS		X			
	COMIDAS EN RESTAURANTE					X
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitaminico de frasco o en tarro:				Si	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?			Enfaxe		
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Madre	Fuera	Madre	
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				No	
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales?	Papas, Gaseosa, Jugo Cajas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?				1 Vez a la semana	
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuales?	la chuchaca - Pepino relleno				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles?	No				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal	
		Lugar de compra			Supermercado	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No	No				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No	No				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas?	Buscar Entidades que nos ayuden				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao?	Capacitación y más apoyo				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Ramos Cardoza

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	+	Fecha captura:	03 MAYO 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Lilian Quiroga	Parentezco: a. Madre, b.Padre, X Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural	X	Caserío		
2.	La vivienda es: a.Casa propia, X Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Arriendo	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. barraque. m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Teja	Paredes	Cemento	Baño	Cemento	Cocina	Cemento
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?							7	
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:							Acueducto	
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X SI. B. No							Si	
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No							No	
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si X No							No	
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:							No	
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?							No	
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, X Otro familiar							Abuela	
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:							4 años	
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.							Primaria	
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao?							Escuela	

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Salome Gonzalez Sanchez	ti	1109846181		X	Vereda el viso

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Salome	Gonzalez S	F	18/09/2013	10	40	144		19.29	Sobrepeso

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	40	22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 18/09/2023				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Dino salud							
28.	¿En los últimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						Si		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??						tos y fiebre		
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Si,		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a. Correr/ trotar, b. Bailar, c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cual?					Corre, nada, Jugar		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					1 a 2 / semana		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g.Otras (¿cuál?)					Desyerbar		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					1 vez al mes		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No						Si		
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					20/09/2023		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	17.9		Talla (cm)	136	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						20/09/2023		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						No		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						No		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						No		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, b. No				Si	
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenía el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	12	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	24	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Caldos, Granos, Jugos				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Arroz con Pollo, fruid. Arepa
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Sopas, pato de maíz
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)			X		
HUEVOS					
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)		X			
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.		X			
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)		X			
VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
COMIDAS EN RESTAURANTE		X			X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitaminico de frasco o en tarro:			NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuelo
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. SI, ¿Cuál?, b.No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				Si
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Papas chacarrona galletas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				Cada 15 dias
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles? Colada cachaco				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal
		Lugar de compra			tienda y supermercado
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Capacitar				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Tomar acciones con los EPS				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Anyi Geraldine Perdomo Cardozo

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	8	Fecha captura:	23 MAY 24
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Angela marcela torres	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural	X	Caserio	Familiar
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, X Casa familiar, d. Casa de trabajo.							
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. Barraque. m.Cemento							
	Piso	Cemento	Techo	Tejas	Paredes	Cemento	Baño	Cemento	Cocina	Cemento
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?							3
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:							Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X SI. B. No							Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consuma la familia? a. Si ¿Cuál? X No							No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?							
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. SI. X No							NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue SI: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)							
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:							No
12.	Si respondió otros cual							
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)							
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?							No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, X Sólo mamá, d. Otro familar							Madre
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:							
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, X Bachillerato.							Bachillerato
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?							Colegio

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Manoa paloma Torres	TI	1098463853		X	Vereda Yeguadillos

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 3 años)	DX nutricional
20.	Manoa	paloma torres	F.	27/05/2016	7	54	158		21.63	obesidad

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 27/05/2013				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?				Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Alianza Salud							
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?							NO	
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							NO	
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:							Si	
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a.Correr/ trotar, b. Bailar, c.Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cuál?						Correr, Jugar, nadar Bailar	
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días						todos los días	
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g.Otros (¿cual?)						nadar Agua y leña	
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días						1a2/semana	
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No							NO	
36.	Si la respuesta N° 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?							
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?			Peso (kg)			Talla (cm)	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el último año?							NO	
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)								
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							Si	
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							No	
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							No	
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							NO	

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	8	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Colados, leche No				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48. ¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir)
Pastas, tamal, lechona

49. ¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir)
Camaron

50. ¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir)
Cafe camaron

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)		X			
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)			X		
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)		X			
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
Alimentos propios o tradicionales,				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52. ¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro: NO

53. Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?

54. ¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar? Dentro: Madre; Fuera: Madre

55. Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. SI, ¿Cuál?, b.No: NO

56. ¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa? NO

57. Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales?

58. Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?

59. ¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles?
NO

60. ¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles?
NO

61. ¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque: Comprado

62. ¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?
Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual: Semanal
Lugar de compra: plaza tienda

63. ¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, b. No
NO

64. ¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No
NO

65. ¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras

66. ¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Unidad entre la comunidad

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Anni Ghercaldine Pengos Cordoba

Firma:

Powered by CamScanner

<table>
<tr><td colspan="5">PLAN DE INTERVECIONES COLECTIVAS DE SALUD PUBLICA- POBLACION INDIGENA DEL TOLIMA 2024</td><td>ACTA No</td></tr>
<tr><td colspan="5">MUNICIPIO: N A T A G A I M A
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No 1181</td><td>02</td></tr>
<tr><td rowspan="2">LUGAR DE LA CAPACITACIÓN O ACTIVIDAD:
COMUNIDAD INDIGENA TAMIRCO PEÑAS NEGRAS</td><td colspan="3">FECHA DE LA ACTIVIDAD</td><td rowspan="2">HORA INICIO:
8.00 AM

HORA TERMINACION:
11.00 AM</td><td rowspan="2">RESPONSABLE:
ANNY GHERALDINE PENAGOS CARDOZO</td></tr>
<tr><td>31</td><td>08</td><td>2024</td></tr>
<tr><td colspan="6">ACTIVIDAD: Realizar caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia del municipio de Natagaima en la siguiente zona: zona 1: Velu (resguardo y comunidades de Velu centro, Gualeras, Quebraditas, Yaco Molana y Crucita la Virginia) y zona 2: Pueblo Nuevo (resguardo y comunidades de Pueblo Nuevo, Rincón Bodega, Cocana y Anacarco) con el propósito de conocer la cantidad de menores de 12 años que conviven en dichas comunidades y resguardos junto a las condiciones de salud del menor con una búsqueda active de 12 comunidades y resguardos indígenas, especialmente lo relacionado con el estado nutricional de estos menores, se realiza actividades de demanda inducida de acuerdo a la edad y se le informa a la EAPB a la que se encuentra afiliado de los servicios requeridos.</td></tr>
<tr><td colspan="6">OBLIGACION: Dimension Seguridad Alimentaria y Nutricional</td></tr>
<tr><td colspan="6">TEMA: Caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia para verificar estado nutricional</td></tr>
<tr><td colspan="6">POBLACIÓN OBJETO: Resguardo Indígena Tamirco peñas negras</td></tr>
<tr><td colspan="6">NUMERO DE ASISTENTES: 16 asistentes</td></tr>
</table>

ORDEN DEL DIA

1. Presentación de asistentes
2. Objetivo
3. Metodología
4. Desarrollo de la Actividad
5. Resultados de la actividad
6. Conclusiones, Proposiciones y Varios.
7. Registro Fotográfico y de asistencia

1. PRESENTACIÓN DE ASISTENTES :
Se realizó solicitud de base de datos de las comunidades y resguardos indígenas a la IPS-I THE WALA de Natagaima Tolima, seguido se realizó llamado vía telefónica a la gobernadora Emilia Yaima del resguardo indígena tamirco peñas negras pertenecientes a la zona 3, dándole un saludo e informándole sobre la actividad de Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública- Indígena 2024 que se viene realizando con la Gobernación del Tolima y THE WALA IPS-I, con el fin de solicitar un espacio en dicha comunidad e informando la metodología que se ejecutara para llevar a cabo la caracterización de la población resguardo indígena Tamirco peñas negras, llegando a un acuerdo con la gobernadora para el día 31 de agosto del 2024.

2. OBJETIVO (S):
Realizar caracterización de curso de vida e informar a la comunidad sobre los estilos y hábitos de vida para promover las condiciones y el bienestar integral a nivel físico, intelectual, emocional y social.
3. METODOLOGÍA:

con el propósito de conocer la cantidad de menores de 12 años que conviven en el resguardo Indígena Tamirco peñas negras se implementó formato de caracterización para verificar las condiciones de salud y estado nutricional de los menores que están en dicho territorio, realizando el diligenciamiento de 66 preguntas que trae el formato de caracterización con el acompañamiento del padre o madre de familia o cuidador junto con el menor de edad, donde se realiza valoración de aspectos socioeconómicos, medidas antropométricas, estado de salud y aspectos alimentarios, llevando a cabo mediciones de peso, talla y en caso de ser menor de tres años se procedió a medir perímetro cefálico. Con el propósito de indagar las condiciones de salud del menor de edad en caso de encontrar alteraciones nutricionales para posteriormente hacer seguimiento de demanda inducida e implementando el Sistema Departamental de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN y así llevar una información clara y concisa sobre la situación alimentaria y nutricional de la población, finalizando se solicita el diligenciamiento de listado de asistencia y permitir toma de registro fotográfico como evidencia del desarrollo de la reunión

Es de resaltar que los elementos que se implementaron para llevar a cabo la actividad fueron los siguientes: carteleras, formato de caracterización, listado de asistencia, chaleco, carnet de identificación, tabla de medición, infantometro, estadiómetro mecánico portátil, cinta métrica mecánica para medición de circunferencia, pesa bebes electrónica, bascula pesa personas, las cuales fueron aprobadas previamente por la

4. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la actividad donde la auxiliar de enfermería Anny Penagos dio saludo de bienvenida a la comunidad del resguardo indígena Tamirco peñas negras, explicando el objetivo de la actividad a realizar del Plan de Intervenciones Colectivas PIC Indígena 2024, sobre la caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia, la cual cuenta con un total de 66 preguntas con el propósito de conocer la cantidad de menores de 12 años y sus condiciones de salud del menor junto con el estado nutricional de estos menores de edad.

Informándole a la población que según la organización de la salud OMS, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, Tambien es el proceso biológico que ocurre en un ser vivo cuando su organismo absorbe de los alimentos y líquidos los nutrientes que necesita para su crecimiento y el desarrollo de las funciones vitales. A través de la alimentación el organismo incorpora hidratos de carbono, vitaminas, minerales, proteínas y grasas. Hay dos tipos de nutrition que la comunidad debe tener encuenta: **Nutrición autótrofa**. Es el tipo de alimentación que llevan a cabo organismos que producen su propio alimento, como las plantas y algunas bacterias. **Nutrición heterótrofa**. Es el tipo de alimentación que llevan a cabo organismos que se alimentan de otros para sobrevivir. En este grupo están las bacterias, los hongos y los animales. Es por ello que se deben consumir una cierta cantidad de nutrientes que son las sustancias que están presentes en los alimentos y que el organismo del ser humano utiliza para realizar sus funciones vitales. Como los **Macronutrientes**. Que son nutrientes que el organismo requiere en grandes cantidades y son responsables de introducir energía al cuerpo. Estos son: las proteínas, los hidratos de carbono, grasas y el agua.

Y los **Micronutrientes**. Que son nutrientes que el organismo requiere en pequeñas cantidades y que cumplen funciones específicas. Estos son: vitaminas y minerales.

Cabe resaltal que dando esta información y educación se solicita documentos de los menores de 12 años, como el carnet de vacunación, carnet de control y crecimiento

y presencia del responsable del menor de edad para llevar a cabo el proceso de focalización por núcleo familiar e iniciando con la encuesta de seguridad alimentaria y nutricional, donde se recolecto una serie de información de aspectos socioeconómicos del hogar, valoración nutricional, situación de salud y aspectos alimentarios, para luego obtener un peso y talla para la medición de la IMC, la cual se realizó por medio de tabla de medición, infantometro, estadiómetro mecánico portátil, cinta métrica mecánica para medición de circunferencia, pesa bebes electrónica, bascula pesa personas y así mismo llevar los datos estadísticos de los niños que han sido diagnosticados con desnutrición aguda o crónica, en caso de menor de tres años toma de perímetro cefálico, con el fin de realizar acciones de demanda inducida y seguimiento para la prevención de la misma, es de resaltar que la información y educación la recibió cada una de las familias que fueron caracterizadas del Resguardo Indígena Tamirco peñas negras donde se dieron las siguientes recomendaciones a la comunidad indigena:

Consumir alimentos que brindan los macronutrientes que dan energía al organismo para que puedan desarrollar sus funciones vitales.

Consumir alimentos que brinden al cuerpo vitaminas y minerales, que son micronutrientes no energéticos que llevan adelante funciones de regeneración y desarrollo.

Tomar aproximadamente dos litros de agua por día para mantener el cuerpo bien hidratado.

Consumir suficientes alimentos altos en fibra, que es un tipo de hidrato de carbono que el sistema digestivo no digiere y que, entre otras cosas, mejora el tránsito intestinal y regula el nivel de azúcar en sangre.

Consultar siempre a un especialista en salud, ya que la cantidad de nutrientes y de alimentos a incorporar va a depender de las necesidades nutricionales de cada persona. Para eso se tienen en cuenta indicadores como el peso, la altura, el Momento de la vida del paciente o situaciones excepcionales como el embarazo o el proceso de lactancia.

Comer alimentos variados para tener una dieta equilibrada.

Consumir productos, como la sal y las bebidas alcohólicas, con moderación.

Acompañar la alimentación equilibrada con ejercicio físico que permita ayudar al desarrollo y funcionamiento del cuerpo.

Con el objetivo de lograr el diligenciamiento de dicha encuesta se procedió a la focalización individual con cada núcleo familiar, para la valoración de aspectos socioeconómicos, medidas antropométricas, estado de salud y aspectos alimentarios, llevando a cabo verificación de documentos como registro civil o tarjeta de identidad, Canet de vacunación y Canet de control y crecimiento del menor de edad, tomando mediciones de peso, talla y en caso de ser menor de tres años se procedió a medir perímetro cefálico. Con el propósito de indagar las condiciones de salud del menor de edad y en caso de encontrar alteraciones nutricionales proceder al seguimiento de demanda inducida en compañía de la familia, IPS y EPS.

5. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

La comunidad del resguardo indigena Tamirco peñas negras acudió a la actividad y se mostró positiva siendo muy asertiva y participativa, encontrando los menores de edad en buen estado nutricional a la fecha, realizando cero fichas de seguimiento, donde asistieron dieciséis niños para ser caracterizados ya que los otros niños se encuentran fuera del territorio.

6. CONCLUSIONES, PROPOSICIONES Y VARIOS:

Se obtuvieron buenos resultados ya que la comunidad del resguardo indigena Tamirco peñas negras manifiesto la importancia de que en esos espacios, se realicen más frecuentes para supervisar a nuestros menores y estén los entes de control para verificar los estados nutricionales de los menores de edad, es por ello que recibieron con buen ánimo la actividad a realizar por parte de la Gobernación Tolima y The Wala Ips-I y así poder sensibilizar sobre las condiciones de salud, junto con el estado nutricional de estos menores de edad.

7. REGISTRO FOTOGRÁFICO

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización nutricional de la población infantil de la comunidad indigena de Natagaima

LUGAR: Resguardo Indígena Tamirco peñas negras, Zona 3 del Municipio de Natagaima
FECHA: 31 de agosto 2024

Registro fotográfico 1.



Presentación y socialización de la actividad a realizar en la comunidad del Resguardo Indígena Tamirco peñas negras del municipio de Natagaima

Registro fotográfico 2.



Caracterización a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Tamirco peñas negras del municipio de Natagaima.

Registro fotográfico 3.



Caracterización a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Tamirco peñas negras del municipio de Natagaima

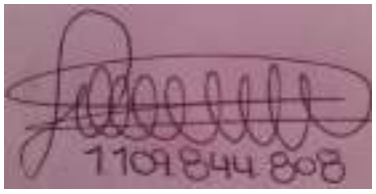
Registro fotográfico 4.



Caracterización a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Tamirco peñas negras del municipio de Natagaima.

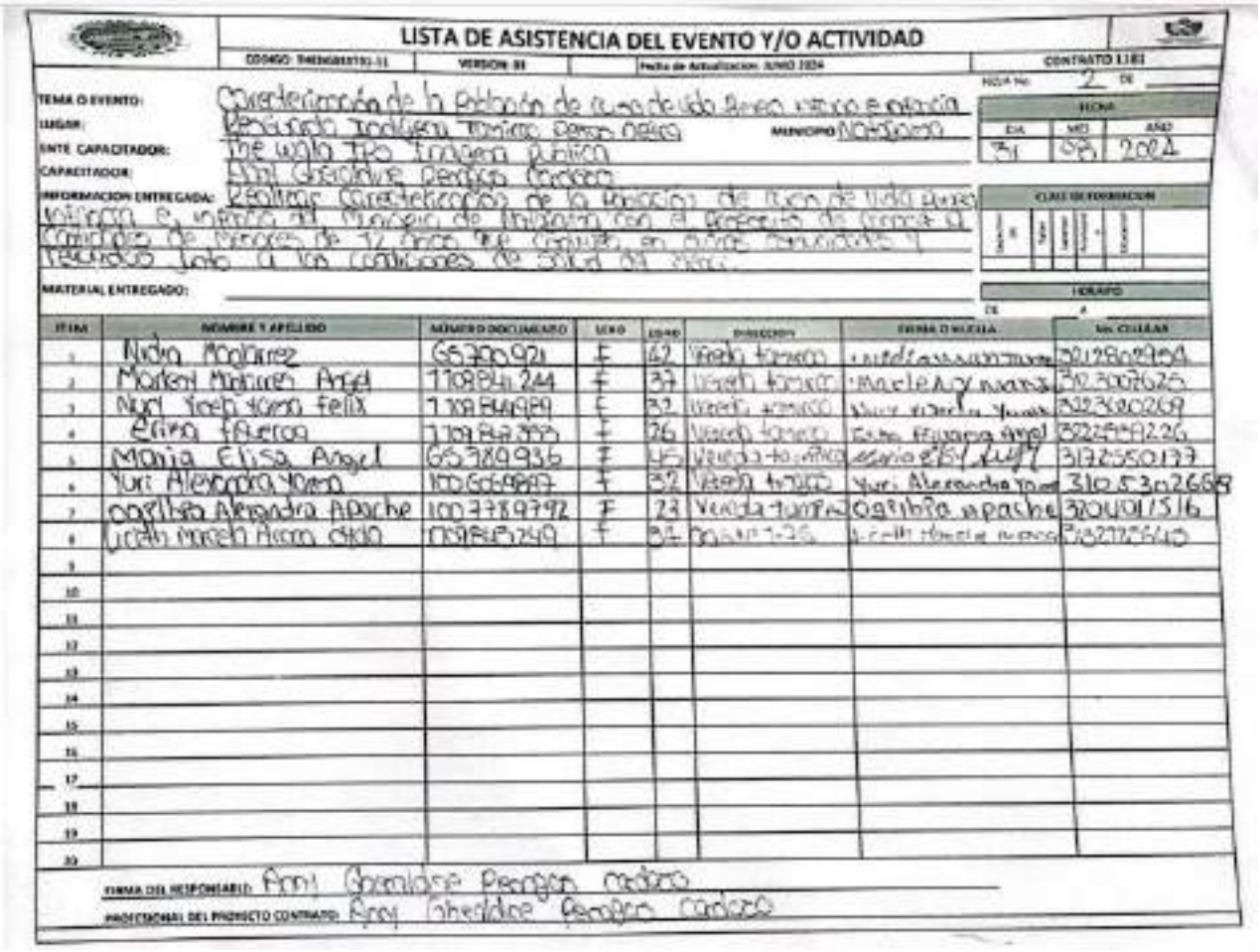


Realizado por:



ANNY GHERALDINE PENAGOS CARDOZO
AUXILIAR DE ENFERMERIA
IBAGUE – TOLIMA
2024

ANEXO DE LISTADO CON FIRMAS Y FICHAS DE CARACTERIZACION



LISTA DE ASISTENCIA DEL EVENTO Y/O ACTIVIDAD

CODIGO: 3483683191-11 | VERSION: 01 | Fecha de Actualización: JUNIO 2024 | CONTRATO 1181 | HOJA No: 2 DE

TEMA O EVENTO: Caracterización de la población de ciclo de vida Adulez mayor y gestación
LUGAR: Resguardo Indígena Tamirco Barrio Nuevo MUNICIPIO: Natagaima
ENTE CAPACITADOR: The wala Ips Indígena Pública
CAPACITADOR: Ana Gabriela Pedraza Cardozo
INFORMACION ENTREGADA: Realizar caracterización de la población de ciclo de vida Adulez mayor y gestación, Importancia del Manejo de Hipertensión con el Objetivo de Disminuir el Consumo de Sodios de 12 años en Adelante Mejorando y Reduciendo Todo a las Condiciones de Salud en Riesgo.
MATERIAL ENTREGADO:

FECHA: DIA 31 | MES 05 | AÑO 2024

CLASE DE FORMACION: Inducción | Capacitación | Entrenamiento | Actualización | Otros

HORARIO: DE | A

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	NUMERO DOCUMENTO	SEXO	EDAD	PARENTESCO	FIRMA O HUELLA	No. CELULAR
1	Nidia Rodríguez	65700921	F	62	Vivela tamirco		3128029454
2	Marleni Manuela Angel	1108841244	F	37	Vivela tamirco		3203076225
3	Yuri Yineth Yoana Felix	1108846989	F	32	Vivela tamirco		3223680269
4	Edna Figueroa	1108843855	F	26	Vivela tamirco		3224994226
5	Maria Elisa Angel	65708936	F	45	Vivela tamirco		3172550197
6	Yuri Alexandra Yoana	1006069887	F	32	Vivela tamirco		3105302668
7	Ogelbia Alexandra Apache	1003789792	F	23	Vivela tamirco		3204015316
8	Lucia Marleni Acosta Ortiz	1108845249	F	34	[illegible]		3227256410
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FIRMA DEL RESPONSABLE: Ana Gabriela Pedraza Cardozo
PROFESIONAL DEL PROYECTO CONTRATO: Ana Gabriela Pedraza Cardozo

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	9	Fecha captura:	6/MAY/2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Nuri Alexandra Yama	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Area de residencia		Urbana		Rural	X	Caserio		
2.	La vivienda es: a.Casa propia, X.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.						Arriendo		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Baldosa, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plásticos, j. Teja, k. Otro, l. bareque. m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	tejas	Paredes	bareque	Baño	No tiene	Cocina	bareque
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								3
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si, B. No								NO
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? b. No								Si
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?								hervir
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si, b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Economicamente lugar de vivienda								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								Si
12.	Si respondió otros cual								Verano
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Zonas afectacion a los animales								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familiar								los padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, X Bachillerato.								bachillerato
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Colegio

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Karen alexandra Soto Yama	TI	1071168643		X	Vereda tiagos

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Karen alexandra	Soto Yama	F	31/01/2013	11	39.2	150		17.42	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)	2100	21.b. Talla al Nacer(cm))	49	21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	38	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 03/06/2013					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO		
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao salud							
28.	¿En los últimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						NO		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Ninguno		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X Correr trotar, X Saltar, X Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporta especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otras ¿Cuál?					Correr saltar jugar		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días					todos los dias		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, X Cargar agua, X Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g.Otras (¿cuál?)					Cargar Agua y leña		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días					todos los dias		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: X SI, b. No						SI		
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					04/07/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	17.3	Talla (cm)	148		
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						SI		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						04/07/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						SI		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						NO		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X SI, b. No					
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					SI
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva				
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe	
			Meses	36	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Lavado Verduras, Pescado, Colados				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir): Pollo, carne, pescado, ensaladas
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir): Granos
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir): Queso

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)				X	
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS		X			
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. SI, ¿Cuál?, b. No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				Si
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Galletas, Papas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?				2 a la semana
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles? NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprados
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal
		Lugar de compra			Plaza tienda
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, X No. NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No. NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluya déficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao?				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ami Gheraldine Pedraza Cardoza

Firma: [signature]

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	10	Fecha captura:	DÍA MES AÑO 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Yuri alejandra yama	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia			Urbana		Rural	X	Caserio	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Arriendo	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Baldosa, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tejas, k. Otro, l. bareque. m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	tejas	Paredes	bareque	Baño	NO tiene	Cocina	bareque.
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								3
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. b. No								NO
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. X ¿Cuál? b. No								Si
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?								hervir
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. X b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Económicamente lugar de vivienda								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								Si
12.	Si respondió otros cual								Verano
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Cuerpo, Afectación a los animales								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								los padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: X Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Preescolar
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Fundes social ICF

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado Si	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Jesus Julian Soto Yama	RC	1109848812		X	Vereda tinajas

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Jesus Julian	Soto Yama	M	16/09/2020	4	16.0	110			Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)	2400	21.b. Talla al Nacer(cm))	48	21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	38	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 16/09/2020					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta	DIA	MES	AÑO		
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao Salud							
28.	¿En los últimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?								
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o sintomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?								
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Ninguno		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr/ trotar, b. Bailar, X c. Jugar, X d. Nadar, X e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudio), g. Otras ¿Cuál?					Jugar correr nadar Actividad campo		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					todos los dias.		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, X c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Deyerbar, g. Otras (¿cuál?)					Cargar Agua		
		Frecuencia: X a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					1 vez al mes		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: X a. Si, b. No						Si		
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					24/10/2023		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?	Peso (kg)	14.1	Talla (cm)	93.5			
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						No		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)								
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						No		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						No		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						No		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenía el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	8	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	8	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones).	Cabra Platano.				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) huevos leche carne pollo.
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Verduras
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES X SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)				X	
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (fríjol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS		X			
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitaminico de frasco o en tarro:			NO	
53.	Si respondio SI ¿Cual es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quien es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padre
55.	Actualmente algun miembro de la familia pertenece a algun programa alimentario, hogares sociales (donde los brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?			Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuáles? gaseosas papas				
58.	Si respondio si ¿Cual es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?			1 vez a la semana	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles? NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cual miembro de la familia lo recibe), e. Trueque			Comprado	
62.	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual		Semanal	
		Lugar de compra		Tienda a plazo	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao?				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Pantoja cadena

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	71	Fecha captura:	09/MAY/2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Yuli Alexandra Yara	Parentezco: a. Madre, b. Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural	X	Caserío		
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b. Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.								Arriendo
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra g. Guadua, h. Lata, i. Plásticos, j. Tejas, k. Otro, l. Icaraque m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Teja	Paredes	Ladrillo	Baño	Adentro	Cocina	Afuera
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								3
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si, b. No								NO
7.	¿ Le hacen algun tratamiento al agua que consume la familia? a. ¿Cuál? b. No								Si
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?								hervir
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: Si. b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Económicamente, Lejos de vivienda								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectacion ambiental?:								Si
12.	Si respondio otros cual								Veredas
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectacion: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Quemas, afectacion a los animales								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quien está la custodia del niño/niña?: Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								los Padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La educacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Dexytiva Soto Yara	T.I	1108847828		X	Vereda Tiagos

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (menores de 5 años)	DX nutricional
20.	Dexytiva	Soto Yara	M	05/01/2017	7	23.3	126		14.68	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)	2400	21.b. Talla al Nacer(cm))	50	21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	38	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 06/01/2017					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO		
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Ayuu Salud							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						Si		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o sintomas ??						Llegó a la piel		
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						No		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Ninguno		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a. Correr trotar, b. Bailar, c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cual?					carer/Juga		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, e. Todos los días					todos los días		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Deyarbar, g Otros (¿cuál?)					carga agua lena		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					todos los días		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo? X Si, b. No								
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					19/03/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la ultima vez?			Peso (kg)	14.3	Talla (cm)	72.4	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						19/08/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						No		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						No		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						No		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenía el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	36	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuando y si se presentaron complicaciones)	Verduras de crenos y colados				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Pollo Pescado
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Carne res
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)				X	
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchuco)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, platano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS		X			
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro.			No	
53.	Si respondio Si ¿Cual es la vitamina o suplemento vitaminico que consuma?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres
55.	Actualmente algun miembro de la familia pertenece a algun programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cual?, b.No				No
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?			Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Papas galletas				
58.	Si respondio si ¿Cual es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?			2 a la semana	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? No				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? No				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: a. Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cual miembro de la familia lo recibe), e. Trueque			Comprado	
62.	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, b. Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual		Semanal	
		Lugar de compra		Plaza fijada	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, b. No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao?				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Penagos cordero

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta	12	Fecha captura	[illegible]
Municipio	RIOHACHA	Comunidad a resguardo	
Nombre de quien respondio la encuesta	Deisy Yaneth Fonseca	Parentesco a. Madre, b. Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserío	X	
2.	La vivienda es: a. Casa propia, b. Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo							Familiar	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar a. Tierra, b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra, g. Guadua, h. Latá, i. Plástico, j. Teja, k. Otro, l. Barraja, m. Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Zinc	Paredes	Cemento	Baño	Bahareque	Cocina	Bahareque
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								1
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?								Agua Moza
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez? a. Si, X No								NO
7.	¿ Le hacen algun tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No								NO
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI: Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado? a. Si X No								NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue SI: ¿Como ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectacion ambiental?								NO
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 es evidencio alguna afectacion: ¿Como ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña? a. Los dos padres, b. Solo papá, X Solo mamá, d. Otro familiar								Madre
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte ¿Hace cuanto se presenta esta situacion?								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato								NO Aplica
18.	La educacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao?								NO Aplica

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/ NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de dos años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de identificación del Menor	Número de identificación	Discapacitado		Dirección donde vive
				SI	NO	
19.	Samara Listh Garcon	RC	1109845813		X	Vereda Tabaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/ NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de dos años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	Dx nutricional
20.	Samara Listh	Garcon	F	12/02/2021	3	14.4	95.5	37		Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)	2500	21.b. Talla al Nacer(cm))	48	21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)			
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 18/02/2021						
22.	22. a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO		
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado								
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Alianza salud								
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?							Si		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o sintomas ??							Fiebre diarrea		
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							NO		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?									
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:							Si		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr brincar, b. Saltar, c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cual?						Correr		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días						todos los días		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g. Otros (¿cuál?)						recoger juguetes		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días						todos los días		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No							Si		
36.	Si la respuesta N° 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?						21/02/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?			Peso (kg)	14.3	Talla (cm)	93.5		
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:								
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?							Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)							21/02/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							NO		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	12	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	24	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Le daba de todo.				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Pescado, Pollo, Carne
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Fruta y arveja
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) leche

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2 A VECES X SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)			X		
HUEVOS			X		
GRANOS SECOS (fríjol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchuco)		X			
RAICES-TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
Alimentos propios o tradicionales.					
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				No.
53.	Si respondio SI ¿Cual es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quien es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Madre	Fuera	Madre
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algun programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algun comedor comunitario?: a. SI, ¿Cual?, b.No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				NO
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales?				
58.	Si respondio si ¿Cual es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuales? NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentacion tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuales? NO.				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cual miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado
62.	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, b. Semanal, c. Cada 15 dias, d. Mensual			Semanal
		Lugar de compra			Supermercado Tienda
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, b. No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No NO				
65.	¿Que acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Compromiso por parte de todos				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Anny Graldine Pargas Ardila

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	13	Fecha captura:	03 MES A 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Sirley Yaneth Figueroa	Parentezco: X Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia			Urbana		Rural		Caserio	X		
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, X Casa familiar, d. Casa de trabajo.								Familiar		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. barroque. m.Cemento										
	Piso	Cemento	Techo	Tejas	Paredes	barroque	Baño	No tiene	Cocina	barroque	
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								1		
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Manq		
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. SI. X No								NO		
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X. No								NO		
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?										
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. SI. X Nó								NO		
10.	Si la respuesta N° 9 fue SI: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)										
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								NO		
12.	Si respondió otros cual										
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)										
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO		
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								Abuela		
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunta: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								3 Años		
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, X Primaria, c. Bachillerato.								Primaria		
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela		

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Stiven daniel Garzon Figueroa	TI	1109848061		X	Vereda tamirco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefalico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Stiven daniel	Garzon Figueroa	M	04/07/2017	7	23.5	127		14.57	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)	3200	21.b. Talla al Nacer(cm))	50	21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	37	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 04/07/2017					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. La han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta		DIA		MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/EAPB AFILIADO	Pijao salud							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						Si		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??						Fiebre, Dolor de cabeza		
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Ninguno		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a. Correr/ trotar, b. Saltar, c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otras ¿Cuál?					Correr, Jugar, Saltar		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, e. Todos los días					Todos los días		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g.Otras (¿cuál?)					Cargar Agua y leña		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					1 a 2 veces/semana		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si b. No						Si		
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					7/07/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	27		Talla (cm)	126	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						8/07/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						NO		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, b. No				Si	
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	8	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	36	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Frutas, Verduras lacteos				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Arroz con pollo, pollo frito
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Arroz cordoco
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Leche

51. Frecuencia de consumo de alimentos. Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	3-6 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)			X		
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (fríjol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchuco)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
Alimentos propios o tradicionales				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS			X		
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO
53.	Si respondio Si ¿Cual es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuela
55.	Actualmente algun miembro de la familia pertenece a algun programa alimentario, hogares sociales (donde les brindan alimentos) o a algun comedor comunitario? a. Si, ¿Cuál? b.No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rapidas, golguerias y/o gaseosa?				NO
57.	Si respondio si a la Pregunta 44, diga cuales?				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rapidas, golguerias o gaseosas?				
59.	¿Hay alimentos especiales segun salud y su tradicion para alimentar bien a los niños? ¿Cuales? NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentacion tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuales? NO				
61.	¿Cuales son las formas de adquisicion de alimentos en el hogar? X Comprados b. Produccion propia, c. Regalados d. Subsidio alimentario especificar cual miembro de la familia lo recibe) e. Trueque				Comprado
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia a. Diario X Semanal c. Cada 15 dias d. Mensual Lugar de compra			Semanal Plaza
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones economicas, materiales y ambientales para tener y mantener una produccion de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad) X No NO				
65.	¿Que acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Tener huerta casera				
66.	¿Que acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberania alimentaria de su familia y de la población Pijao? Solicitar ayuda				

Nombre y Apellido de quien diligencio encuesta: Angi Graciela Perdomo Cuellar

Firma: [signature]

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	4	Fecha captura:	31/12/2024
Municipio:	HATOCORAZA	Comunidad o resguardo:	

Nombre de quien respondió la encuesta	Maria Alicia Rios	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: a. Casa propia, X Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Arriendo	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Esta, i. Plastico, j. Tapia, k. Otro, l. Barraque m.Concreto								
	Piso	Tierra	Techo	Plastico	Paredes	plastico	Baño	Notiene	Cocina	Piedra
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								2
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Aljibe
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X Si. B. No								Si
7.	¿ La hacen algun tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado? X Si. b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Salir del hogar, y desintegración familiar								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								Si
12.	Si respondió otros cual								bombazos
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, X Otro familiar								Abuela
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								5 meses
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La educion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Yoselh David Garzon Gonzalez	TI	1109814030	X		Vereda tamarco
				(Fisica)		

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (en menores de 3 años)	IMC (en menores de 5 años)	DX nutricional
20.	Yoselh David	Garzon G	M	06/12/2014	9	32.0	134		17.82	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:	21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)			
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 06/12/2014					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO		
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Dusco salud							
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						NO		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						Si		
31.	Si respondio si: ¿ Cual enfermedad?						Asma		
32.	En el ultimo año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Si		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a, b, c, d, e, f, g					correr trotar bailar		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, e. Todos los días					todos los dias		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g. Otras (¿cuál?)					cargar agua leña		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					todos los dias		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No						Si		
36.	Si la respuesta N° 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					12/08/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?	Peso (kg)	16.4	Talla (cm)	131			
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						12/08/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						NO		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 22 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	12	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	36	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Colada Platano				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Arroz, pollo, huevos					
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Verduras, garbanzo lenteja					
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) garbanzo, lenteja					
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)			X		X
	LACTEOS (y derivados)			X		
	HUEVOS			X		
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)			X		
	Alimentos propios o tradicionales.					
	FRUTAS (especificar si es entero o en jugo)			X		
	VERDURAS Y HORTALIZAS					X
	COMIDAS EN RESTAURANTE					
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitaminico de frasco o en tarro:				NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuela	
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				NO	
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Papas, galletas					
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				1 vez a la semana	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuales? Caldo de Pescado y Paloma					
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO					
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: a. Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, b. Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal	
		Lugar de compra			tienda y supermercado	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO					
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO					
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? tener huertas caseras					
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? trabajar organizadamente para tener una produccion productiva,					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Amy Geraldine Perdomo Cardoso

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	15	Fecha captura:	9/11/2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Irma Elena Angel	Parentezco: a. Madre, b.Padre, X Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserío	X	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.						Arrendo		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tejas, k. Otro, l. barraque, m.Cemento								
	Piso	tierra	Techo	plastico	Paredes	plastica	Baño	No tiene	Cocina	plastica
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								2
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Algibe
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X Si, B. No								Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cual? X. No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: X Si, b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Salir del hogar y desvinculación familiar								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								Si
12.	Si respondió otros cual								barracas
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mama, X Otro familar								Abuela
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								6 meses
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, X Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La educacion que recibe el niño es educacion convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado		Dirección Donde Vive
				SI	NO	
19.	Sinoma alejandra Garzon	RC	1109848292		X	Vereda tomirco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dia/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefalico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Sinoma	Garzon	F	18/08/2018	6	17.7	111.5		14.24	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.a. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 18/08/2018				
22	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses				22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejería de Lactancia Materna?				Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO
23	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
24	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
25	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
26	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao Salud							
28	¿En los ultimos 30 días el niño/a presento alguna enfermedad o síntoma?							SI	
29	Si respondio si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??							Gripa Malestar	
30	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							No	
31	Si respondio si: ¿ Cual enfermedad?								
32	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:							SI	
33	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X(a. Correr, b. Saltar, X(c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiantes), Otros ¿Cuál?						Correr todos los días	
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días						todos los días	
34	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, X Cargar leña, e. Cultivar, f. Ensayarlar, g Otras (¿cuál?)						Cargar leña	
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, X 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días						Nos veces semana	
35	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No							SI	
36	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuando fue la ultima vez que lo llevo?							
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la ultima vez?			Peso (kg)			Talla (cm)	
37	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?							No	
39	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)								
40	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							SI	
41	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							No	
42	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							No	
43	El niño (a) recibio o esta en tratamiento para su DNT diagnosticada?							No	

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44	¿El niño/a recibio pecho (leche materna) alguna vez?: a. Si, b. No					SI
45	Si la Respuesta fue 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?					
46	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Inició de recibir otro leche materna?	Meses	12	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	36	No sabe	
47	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tocar en cuanto, cómo la inicio, cuando y si se presentaron complicaciones)	Por indicaciones del pediatra inicio de alimentación 6 meses				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

43	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir): Huevo - arroz
45	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir): Pescado - Carne
53	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir): Ninguna

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, embutidos)			X		
LACTEOS (y derivados)					X
HUEVOS				X	
GRANOS SECOS (fríjol, lenteja, garbanzo, arveja seca)				X	
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchuco)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)				X	
VERDURAS Y HORTALIZAS				X	
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:			No	
53	Si respondio SI ¿Cual es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54	¿Quien es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuela
55	Actualmente algun miembro de la familia pertenece a algun programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algun comedor comunitario?: a. Si, ¿Cual?, b.No				No
56	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?			Si	
57	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Galletas Dulces Papas				
58	Si respondio si ¿Cual es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?			1 vez a la semana	
59	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? Caldo de Pescado y Paloma				
60	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? No				
61	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar? X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cual miembro de la familia lo recibe), e. Trueque			Comprado	
62	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 dias, d. Mensual		Semanal	
		Lugar de compra		Tienda Subsidiado	
63	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, X No. NO				
64	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No. NO				
65	¿Que acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Tener huertas caseras				
66	¿Que acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Trabajar agradecidamente para tener una producción productiva				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Graciela Pensco Cardozo

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	19	Fecha captura:	05 / 05 / 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Nidia Mosquera	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Area de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Propio	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Teja, k. Otro, l. barraque. m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Teja	Paredes	bareque	Baño	Teja	Cocina	bareque
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?							2	
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:							Mana	
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si X No							No	
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cual? X No							NO	
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si, b. No							Si	
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Economicamente								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:							NO	
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?							NO	
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familiar							los padres	
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.							NO	
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?							NO	

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Jose romiro Pina Mosquera	RC	1098490666		X	Vereda Tamirco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20	Jose romiro	Pina Mosquera	M	09/12/2021	2	14.7	99	48		Sobrepeso

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)	3870	21.b. Talla al Nacer(cm))	56	21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	38	22.a. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 07/12/2021					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejería de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO		
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
26.	TIPO DE REGIMEN: Subsidiado								
27.	EPS: EAPB AFILIADO: Dusa salud								
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						NO		
29.	Si respondió sí, ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31.	Si respondió sí, ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Ninguno		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr/ trotar, b. Saltar, X c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cual?					Correr/trotar Jugar		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X e. Todos los días					todos los días		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, X c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g. Otros (¿cuál?)					recoger juguetes		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, X d. Todos los días					todos los días		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No						Si		
36.	Si la respuesta Nº 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					27/Jun/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?	Peso (kg)	14.6	Talla (cm)	96			
37.	Si la respuesta Nº 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el último año?						NO		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la última desparasitación (dd/mm/aaaa)								
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunación completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						No		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X a. Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta fue 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	36	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentó en complicaciones)	Fabe NO, arroba, frego				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Pescado, Pollo, Carne, Sopas, Arroz con huevo
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Verduras
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)	X				
LACTEOS (y derivados)			X		
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)			X		
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)			X		
VERDURAS Y HORTALIZAS		X			
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. SI, ¿Cuál?, b. No				No
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				NO
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales?				
58.	Si respondio al ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?				
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal
		Lugar de compra			Tienda, Plaza
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Más comunicación trabajar en equipo				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ami Geraldine Pengos Cadoza

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	1+	Fecha captura:	03 MARZO 24
Municipio:	RIOHACHA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Marleth Yama +	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Propia	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra, g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tejas, k. Otro, l. barraque m.Cemento								
	Piso	Tierra	Techo	Teja	Paredes	Tierra	Baño	No tiene	Cocina	Tierra
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								2
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Mina
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X Si. B. No								Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No								NO
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado? X Si. b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) traslado de hogar								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								No
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentacion en el hogar?								No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña? X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familiar								los padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta esta situación?								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Preescolar
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19	Zoe Yaima Yama	RC	1108918036		X	Vereda tomarco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefalico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Zoe	Yaima	F	27/04/2018	5	20.1	110			Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:	21.a. Peso al Nacer (gramos)	2900	21.b. Talla al Nacer(cm))	49	21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)			
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)		22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 27/04/2019					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO		
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta	DIA	MES	AÑO			
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao salud							
28.	¿En los últimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?					SI			
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??					Gripe			
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?					No			
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:					SI			
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr trotar, b. Bailar, X c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Ciclismo), Otros ¿Cual?				Correr/trota Jugar			
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, e. Todos los días				todos los días			
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cual?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Ordeñar, X g. Otras (¿cual?)				asenio zapatos			
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, X d. Todos los días				todos los días			
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No					SI			
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?				10/mayo/2024			
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?	Peso (kg)	15.9	Talla (cm)	70.7			
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?					SI			
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)					09/08/2024			
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)					SI			
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?					No			
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?					NO			
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?					NO			

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, b. No					SI
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenía el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejo de darle leche materna completamente?	Meses	36	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Colada de plátano, sopas				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Huevo - Pollo - frutas					
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Abuyamas - Verduras					
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno					
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)			X		
	LACTEOS (y derivados)				X	
	HUEVOS	X				
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
	Alimentos propios o tradicionales.				X	
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
	VERDURAS Y HORTALIZAS					X
	COMIDAS EN RESTAURANTE					X
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitaminico de frasco o en tarro:				NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres	
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				NO	
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Papas, Yucas de cada					
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?				Rara Vez	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? NO					
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO					
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar? X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal	
		Lugar de compra			Supermercado	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO					
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad) X No NO					
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Comedor Comunitario					
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Colaboración con la comunidad para los niños					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Perdomo Cardoso

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	13	Fecha captura:	03 MAYO 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Dorina Apache	Parentezco: X Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia			Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							propia.		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a Palma b. Madera, c. Baldosa, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. barequa, m.Cemento									
	Piso	Tierra	Techo	Tejas	Paredes	barreque	Baño	No tiene	Cocina	barreque
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?							3		
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:							Mano		
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. X No							NO		
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No							NO		
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?									
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. X No							NO		
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)									
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:							NO		
12.	Si respondió otros cual									
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)									
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?							NO		
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar							los padres		
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunta: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:									
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.							NO		
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?							NO		

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de identificación del Menor	Número de identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Maria Shirley Apache Manjarres	RC	1109849374		X	Vereda Tamirco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dia/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Maria Shirley	Apache manjarres	F	10/7/2023	9m	8.5	70	43		Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 10/11/2023				
22	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejería de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27	EPS/ EAPB AFILIADO	Dirn salud							
28	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presento alguna enfermedad o síntoma?						SI		
29	Si respondio si ¿ Cual enfermedad o síntomas ??						Gripe		
30	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31	Si respondio si ¿ Cual enfermedad?								
32	En el ultimo año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Si		
33	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a. Correr/ trotar, b. Bailar, c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar) Otros ¿Cuál?					Sentarse solo		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					todos los días		
34	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Deportar, Otras (¿cuál?)					Gatear		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					todos los días		
35	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No						Si		
36	Si la respuesta Nº 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					13/09/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	7.6	Talla (cm)	65		
37	Si la respuesta Nº 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						13/09/2024		
40	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						No		
42	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						No		
43	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						No		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. Si, b. No					Si
45	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	9	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	11	No sabe	
47	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Comidas ricas de sopas				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Leche Materna - Cereales Maizena					
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Ninguno					
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno					
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
	LACTEOS (y derivados)			X		
	HUEVOS	X				
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
	Alimentos propios o tradicionales.				X	
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)		X			
	VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
	COMIDAS EN RESTAURANTE					X
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				No	
53.	Si respondio Si ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres	
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				No.	
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Galletas					
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?				Rara Vez	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuales? No					
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? No					
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar? X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal	
		Lugar de compra			Tienda - Supermercado	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, X No No					
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No No					
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras					
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Cuidar y apoyar					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Pedroza Cardozo

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	19	Fecha captura:	05/MAR/2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Obilaria Aroche	Parentezco: a. Madre, b.Padre, X Otro (¿quién?)	Hermana

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia			Urbana		Rural		Caserío	X
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.								Propia
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a. Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra, g. Guadua, h. Latá, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. barraque, m.Cemento								
	Piso	tierra	Techo	tejas	Paredes	bareque	Baño	No tiene	Cocina	bareque
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								3
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Moya
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. X No								No
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. X No								NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectacion ambiental?:								NO
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								Si
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, X Sólo mamá, d. Otro familiar								Madre
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								bachillerato
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao?								Colegio

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Ana Julieth Arana Aroche	TI	1109846259		X	Nevado tamirco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Ana Julieth	Arana Aroche	F	11/08/2017	11	46.8	151.5		20.39	Sobrepeso

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.a. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 17/03/2017				
22	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao salud							
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?								
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?								
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el ultimo año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:								
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X (a. Correr/ brincar, b. Saltar, X Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudio/o). Otros ¿Cuál?							
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días							
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: X Pescar, X Cazar, X Cargar agua, X Cargar leña, X Cultivar, X Desyerbar, g Otros (¿cuál?)							
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, X 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días							
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No								
36.	Si la respuesta N° 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?							
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)			Talla (cm)		
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?								
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)								
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)								
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?								
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?								
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?								

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, b. No					
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	8	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe	
47	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Cuando supo ofrecerla leche				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Arroz. Carne					
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Papa - Cachaco					
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno					
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
	LACTEOS (y derivados)				X	
	HUEVOS	X				
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
	Alimentos propios o tradicionales.				X	
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)		X			
	VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
	COMIDAS EN RESTAURANTE					X
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitaminico de frasco o en tarro:					NO
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Madre	Fuera		Madre
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. SI, ¿Cuál?, X No					NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?					Si
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Panes, galletas, cocacola					
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?					Rara vez
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? NO					
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO					
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar? X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque					Comprado
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, b. Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual				Semanal
		Lugar de compra				tienda - supermercado
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, X No NO					
64	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. SI (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO					
65	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras					
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Cuidar y apoyar					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Perdomo Cardoso

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	20	Fecha captura:	01 MAY 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Gabriela Arcos	Parentezco: a. Madre, b.Padre, X Otro (¿quién?)	Hermana

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserío	X	
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.						Propia		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Camarita, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. barroque, m.Camarita								
	Piso	tierra	Techo	teja	Paredes	barroque	Baño	No tiene	Cocina	barroque
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?						3		
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:						Moca		
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. X. No						NO		
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X. No						NO		
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si X. No						NO		
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:						NO		
12.	Si respondio otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?						NO		
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar						Madre		
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunta: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, X. Primaria, c. Bachillerato.						Primaria		
18.	La educacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?						Escuela		

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Ana Cristina Arcos Arcos	RC	1109848306		X	Vereda Tomico

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Ana Cristina	Arcos Arcos	F	09/04/2018	6	24.7	118		17.31	Sobrepeso

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 09/04/2018					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Dusco Salud							
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?							NO	
29.	Si respondio si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							NO	
31.	Si respondio si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el ultimo año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:								
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr/ trotar, b. Saltar, X c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cual?							Correr / trotar Jugar
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, e. Todos los días							todos los días
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, X c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Despertar, g.Otras (¿cuál?)							Cargar Agua
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días							todos los días
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No								Si
36.	Si la respuesta N° 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?							03/05/2024
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?			Peso (kg)	16.7	Talla (cm)	114	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?								Si
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)								03/Jul/2024
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)								Si
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?								NO
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?								NO
43	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?								NO

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	8	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Colados arroz				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Pollo carne pescado Arroz y huevo					
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Verduras - cebolla					
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno					
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X		X	
	LACTEOS (y derivados)	X				
	HUEVOS		X			
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchuco)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
	Alimentos propios o tradicionales				X	
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)		X			
	VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
	COMIDAS EN RESTAURANTE					X
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Madre	Fuera	Madre	
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brindan alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				NO	
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Papas - galletas					
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?				rara vez	
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles? NO					
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO					
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: a. Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, b. Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal	
		Lugar de compra			tienda - supermercado	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, b. No NO					
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No NO					
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras					
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Cuidar y apoyar					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Perdomo Cachaco

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	27	Fecha captura:	25 MAYO 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Obilia Aponte	Parentezco: a. Madre, b.Padre, X Otro (¿quién?)	Tia

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserío	X	
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Propia	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plásticos, j. Tejas, k. Otro, l. barequa, m.Cemento								
	Piso	Tierra	Techo	Teja	Paredes	bareque	Baño	No tiene	Cocina	bareque
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								3
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Mina
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. X No								NO
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No								NO
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. X. No								NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								NO.
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, X Sólo mamá, d. Otro familiar								Madre
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								NO
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								NO

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Zaira Valeria Rodriguez Arroca	RC	1109818672		X	Vereda tamirco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Zaira Valeria	Rodriguez A	F	7/12/2019	4	20.4	112.1			sobrepeso

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)				
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 17/12/2019						
22	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI		NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?				Fecha de la Consulta	DIA	MES	AÑO			
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años					SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado									
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Dinn salud									
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o sintoma?									NO	
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o sintomas ??										
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?									NO	
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?										
32.	En el ultimo año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:									SI	
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a. Correr trotar, b. Saltar, X Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cual?								Jugar	
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los dias								todos los dias	
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, X Otros (¿cual?)								recoger juguetes	
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los dias								todos los dias	
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: X Si, b. No									Si	
36.	Si la respuesta N° 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?								17/01/2024	
		¿Cuanto peso y midió el niño/niña la última vez?				Peso (kg)	16.6	Talla (cm)		107	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:									
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?									Si	
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)									07/07/2024	
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)									Si	
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?									NO	
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?									NO	
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?									NO	

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	9	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe	
47	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Caldos balanceados				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir)
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) huevos Apicos Caldos de pastas
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Verduras - chontaduro

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)				X	
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)		X			
VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o supiemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Madre	Fuera	Madre
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				Si
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? galletas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				rara vez
59.	¿Hay alimentos especiales según salud y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles? No				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentacion tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado
62.	¿Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal
		Lugar de compra			tienda - supermercado
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Cuidar y cultivar				

Nombre y Apellido de quien diligencio encuesta: Anai Geraldine Pereira Cardoso

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	22	Fecha captura:	08 MAR 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Maleni Martinez A	Parentezco: a.(X)Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Propia	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma, b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plasticos, j. Tejas, k. Otro, l. barrequa m. Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Teja	Paredes	Bahareque	Baño	No tiene	Cocina	Leña
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								2
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Algibe
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si, (X) No								No
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? (X) No								NO
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: (X) Si, b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue SI: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Economicamen - trabajo								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								No
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: (X) Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								los padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, (X) Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado		Dirección Donde Vive
				SI	NO	
19	Heinz Santiago Yara Martinez	TI	1109819824		X	Vereda tamirco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20	Heinz Santiago	Yara Martinez	M	08/01/2017	7	22.7	120		15.76	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)			
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 08/01/2017						
22	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejería de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO		
23	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
24	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
25	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
26	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado								
27	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao Salud								
28	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?							NO		
29	Si respondió si ¿ Cual enfermedad o síntomas ??									
30	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							NO		
31	Si respondió si ¿ Cual enfermedad?									
32	En el ultimo año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:							Si		
33	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X(Correr trotar, b. Saltar, X Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otras ¿Cual?						Corre/ trota Juega		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días						todos los días		
34	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cual?: a. Pescar, b. Cazar, X Cargar agua, X Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g Otras (¿cual?)						Cargar Agua Leña		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días						todos los días		
35	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. SI, b. No									
36	Si la respuesta Nº 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?								
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?			Peso (kg)		Talla (cm)			
37	Si la respuesta Nº 29 fue NO:	¿Por qué?:								
38	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?									
39	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)									
40	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							Si		
41	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							NO		
42	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							NO		
43	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. Si, b. No					Si
45	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	8	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe	
47	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Sopa de Verduras, Coladas				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Arroz - huevo - carne - pollo
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) brocoli
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)	X				
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)		X			
VERDURAS Y HORTALIZAS			X		
COMIDAS EN RESTAURANTE				X	

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitaminico de frasco o en tarro:		NO
53.	Si respondio SI ¿Cual es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?		
54.	¿Quien es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro: Padres	Fuera: padres
55.	Actualmente algun miembro de la familia pertenece a algun programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, X No		NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?		Si
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? galletas, arepas - gaseosas		
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?		rara vez
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? NO		
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuales? NO		
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Produccion propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque		Comprado
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual: semanal Lugar de compra: plaza - tienda	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO		
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en que cantidad), X No NO		
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Comedor comunitario.		
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Apoyar a los resguardos y más campesinos		

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Pérez Cadena

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	23	Fecha captura:	05/MAY/2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Maleth Marquez A	Parentezco: X Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Propia	
3.	Observe y anote el material predominante de los paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a. Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Teja, k. Otro, l. barequa m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Teja	Paredes	barreque	Baño	No tiene	Cocina	barequa
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?							2	
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:							Algibe	
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. X No							NO	
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? b. No							No	
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. b. No							Si	
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Economicamente - trabajo								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:							No	
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?							NO	
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familiar							los Padres	
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: X Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.							Preescolar	
18.	La educacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?							Escuela	

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Maria Milagro Yama Marquez	RC	1104848735		X	Vereda Tamirco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Maria Milagro	Yama Marquez	F	31/05/2020	4	15.2	101			Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 31/05/2020				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI		NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO		
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao salud							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?					NO			
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?					NO			
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:					Ninguno			
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr/ trotar, b. Bailar, X c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiantes), Otros ¿Cual?				correr/ trotar Jugar			
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días				todos los días			
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cual?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Deshierbar, X Otros (¿cual?)				ordenar cuartos			
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días				todos los días			
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo? X a. Si, b. No								
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?							
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)		Talla (cm)			
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?								
39.	Si la respuesta fue sí, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)								
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)					Si			
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?					No			
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?					No			
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?					No			

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. X b. No					Si	
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:						
46.	¿Qué edad tenía el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe		
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	8	No sabe		
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe		
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Compotas - Sopas de Verduras					

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Pescado - Arroz - Carne - Pollo.
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) brocoli
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)	X				
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)				X	
Alimentos propios o tradicionales.		X			
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)			X		
VERDURAS Y HORTALIZAS				X	
COMIDAS EN RESTAURANTE					

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. SI, ¿Cuál?, X No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				Si
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Galletas Para Gaseosa				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				Rara Vez
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuales son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado
62.	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 dias, d. Mensual			Semanal
		Lugar de compra			Plaza - tienda
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. SI (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Comedor comunitario				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Asistir a las reuniones y más compromiso				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Anh Geraldine Perdomo cardozo

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	24	Fecha captura:	DIA MES 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Ingrid Marcela Arcos	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia			Urbana		Rural		Caserio	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b. Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Arrendada	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Baldosa, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. barequa. m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Teche	Paredes	Ladrillo	Baño	Cemento	Cocina	Cemento
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?							3	
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:							Acueducto	
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. B. No							NO	
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? b. No							Si	
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?							hervir	
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si, b. No							NO	
10.	Si la respuesta N° 9 fue SI: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:							Si	
12.	Si respondió otros cual							Asma	
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?							Si	
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar							Mamá	
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.							Primaria	
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?							Escuela	

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Samuel Yaima Arcos	TI	1109847124		X	Cra 6 N° 7-76

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Samuel	Yaima Arcos	M	8/05/2015	9	25.6	176			

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)		22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa)				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	X	NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta		DIA		MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?			SI	NO X	(dd/mm/aaaa)			
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?			SI	NO X	(dd/mm/aaaa)			
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años			SI	NO X	(dd/mm/aaaa)			
26.	TIPO DE REGIMEN	Contributivo							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Nueva EPS							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						NO		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Ninguno		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a. Correr/ trotar, b. Bailar, c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudio/g. Otras ¿Cual?					Desde especificos		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, e. Todos los días					Todos los días		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Despertar, g. Otras (¿cuál?)					barrer		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					7a2 veces/sem		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: X Si, b. No								
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					10/08/2027		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	17		Talla (cm)	103	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						10/12/2023		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						NO		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, X No						NO
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:	Se necesito dentro del vientre					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	8	No sabe		
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	8	No sabe		
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	8	No sabe		
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Leche tarro enfagrod - Jugo. comidas					

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir)	Sancocho				
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir)	Verduras				
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir)	Cebolla, picada				
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)	X				
	LACTEOS (y derivados)	X				
	HUEVOS		X			
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
	Alimentos propios o tradicionales.			X		
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)			X		
	VERDURAS Y HORTALIZAS			X		
	COMIDAS EN RESTAURANTE				X	
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitaminico de frasco o en tarro:				NO	
53.	Si respondio SI ¿Cual es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Mamá	Fuera	Mamá	
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. SI, ¿Cuál?, b.No					NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				SI	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales?	Perros calientes				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				cada 8 dias	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles?	NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles?	NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: a. Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprados	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiera?	Frecuencia: a. Diario, b. Semanal, c. Cada 15 dias, d. Mensual			Semanal	
		Lugar de compra			Supermercados	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, b. No	NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. SI (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No	NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas?					
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberania alimentaria de su familia y de la población Pijao?					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Cristina Perdomo Cabrera

Firma: _____

Powered by CamScanner

<table>
<tr><td colspan="5">PLAN DE INTERVECIONES COLECTIVAS DE SALUD PUBLICA- POBLACION INDIGENA DEL TOLIMA- 2024</td><td>ACTA No</td></tr>
<tr><td colspan="5">MUNICIPIO: N A T A G A I M A
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No 1181</td><td>03</td></tr>
<tr><td rowspan="2">LUGAR DE LA CAPACITACIÓN O ACTIVIDAD:
COMUNIDAD INDIGENA LULUMOY YACO</td><td colspan="3">FECHA DE LA ACTIVIDAD</td><td rowspan="2">HORA INICIO:
7:OOAM
HORA TERMINACION:
9:00AM</td><td rowspan="2">RESPONSABLE:
ANNY GHERALDINE PENAGOS CARDOZO</td></tr>
<tr><td>14</td><td>09</td><td>2024</td></tr>
<tr><td colspan="6">ACTIVIDAD: Realizar caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia del municipio de Natagaima en la siguiente zona: zona 1: Velu (resguardo y comunidades de Velu centro, Gualeras, Quebraditas, Yaco Molana y Crucita la Virginia) y zona 2: Pueblo Nuevo (resguardo y comunidades de Pueblo Nuevo, Rincón Bodega, Cocana y Anacarco) con el propósito de conocer la cantidad de menores de 12 años que conviven en dichas comunidades y resguardos junto a las condiciones de salud del menor con una búsqueda active de 12 comunidades y resguardos indígenas, especialmente lo relacionado con el estado nutricional de estos menores, se realiza actividades de demanda inducida de acuerdo a la edad y se le informa a la EAPB a la que se encuentra afiliado de los servicios requeridos.</td></tr>
<tr><td colspan="6">OBLIGACION: Dimension Seguridad Alimentaria y Nutricional</td></tr>
<tr><td colspan="6">TEMA: Caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia para verificar estado nutricional</td></tr>
<tr><td colspan="6">POBLACIÓN OBJETO: Pueblos indígenas y comunidades de Colombia.</td></tr>
<tr><td colspan="6">NUMERO DE ASISTENTES: 12 asistentes</td></tr>
</table>

ORDEN DEL DIA

1. Presentación de asistentes
2. Objetivo
3. Metodología
4. Desarrollo de la Actividad
5. Resultados de la actividad
6. Conclusiones, Proposiciones y Varios.
7. Registro Fotográfico y de asistencia

1. PRESENTACIÓN DE ASISTENTES :
Se realizó solicitud de base de datos de las comunidades y resguardos indígenas a la IPS-I THE WALA de Natagaima Tolima, seguido se realizó llamado vía telefónica a la gobernador Nelson González Navarro del resguardo indigena Velu centro donde el gobernador no acepta que se le realice las caracterizaciones a la comunidad, comente el caso del gobernador Nelson González Navarro y me asignaron cambiar de comunidad por la de Lulumoy yaco cuyo nombre del gobernador José Nilson Guependo de la comunidad indígena Lulumoy yaco pertenecientes a la zona 2, dándole un saludo e informándole sobre la actividad de Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública- Indigena 2024 que se viene realizando con la Gobernación del Tolima y THE WALA IPS-I, con el fin de solicitar un espacio en dicha comunidad e informando la metodología que se ejecutara para llevar a cabo la caracterización de la población de la comunidad indígena Lulumoy yaco, llegando a un acuerdo con la gobernador para el día 14 de septiembre del 2024.

2. OBJETIVO (S):
Realizar caracterización de curso de vida e informar a la comunidad sobre los estilos y hábitos de vida para promover las condiciones y el bienestar integral a nivel físico, intelectual, emocional y social
3. METODOLOGÍA:
Los elementos que se implementaron para llevar a cabo la actividad fueron los siguientes: carteleras, formato de caracterización, listado de asistencia, chaleco, carnet de identificación, tabla de medición, infantometro, estadiómetro mecánico portátil, cinta métrica mecánica para medición de circunferencia, pesa bebes electrónica, bascula pesa personas.

4. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Siendo las 7:00 am se da inicio a la actividad donde la auxiliar de enfermería Anny Penagos dio saludo de bienvenida a la comunidad del resguardo indígena Lulumoy yaco, explicando el objetivo de la actividad a realizar del Plan de Intervenciones Colectivas PIC Indígena 2024, sobre la caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia, la cual cuenta con un total de 66 preguntas con el propósito de conocer la cantidad de menores de 12 años y sus condiciones de salud del menor junto con el estado nutricional de estos menores de edad.

Según la organización de la salud OMS, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, Tambien es el proceso biológico que ocurre en un ser vivo cuando su organismo absorbe de los alimentos y líquidos los nutrientes que necesita para su crecimiento y el desarrollo de las funciones vitales. A través de la alimentación el organismo incorpora hidratos de carbono, vitaminas, minerales, proteínas y grasas. Hay dos tipos de nutrición que la comunidad debe tener encuenta: **Nutrición autótrofa**. Es el tipo de alimentación que llevan a cabo organismos que producen su propio alimento, como las plantas y algunas bacterias. **Nutrición heterótrofa**. Es el tipo de alimentación que llevan a cabo organismos que se alimentan de otros para sobrevivir. En este grupo están las bacterias, los hongos y los animales. Es por ello que se deben consumir una cierta cantidad de nutrientes que son las sustancias que están presentes en los alimentos y que el organismo del ser humano utiliza para realizar sus funciones vitales. **Macronutrientes**. Son nutrientes que el organismo requiere en grandes cantidades y son responsables de introducir energía al cuerpo. Estos son: las proteínas, los hidratos de carbono, grasas y el agua.

Micronutrientes. Son nutrientes que el organismo requiere en pequeñas cantidades y que cumplen funciones específicas. Estos son: vitaminas y minerales. Cabe resalta que dando esta información y educación se solicita documentos de los menores de

12 años, como el carnet de vacunación, carnet de control y crecimiento y presencia del responsable del menor de edad para llevar a cabo el proceso de focalización por núcleo familiar e iniciando con la encuesta de seguridad alimentaria y nutricional, recolectando una serie de información y obteniendo un peso y talla para la medición de la IMC y así mismo llevar los datos estadísticos de los niños que han sido diagnosticados con desnutrición aguda o crónica, con el fin de realizar acciones de demanda inducida y seguimiento para la prevención de la misma, es de resaltar que la información y educación la recibió cada una de las familias que fueron caracterizadas de la comunidad del resguardo indigena Lulumoy yaco donde se dan las siguientes recomendaciones a la comunidad indigena:

Consumir alimentos que brinden los macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas), que dan energía al organismo para que pueda desarrollar sus funciones vitales.

Consumir alimentos que brinden al cuerpo vitaminas y minerales, que son micronutrientes no energéticos que llevan adelante funciones de regeneración y desarrollo.

Tomar aproximadamente dos litros de agua por día para mantener el cuerpo bien hidratado.

Consumir suficientes alimentos altos en fibra, que es un tipo de hidrato de carbono que el sistema digestivo no digiere y que, entre otras cosas, mejora el tránsito intestinal y regula el nivel de azúcar en sangre.

Consultar siempre a un especialista en salud, ya que la cantidad de nutrientes y de alimentos a incorporar va a depender de las necesidades nutricionales de cada persona. Para eso se tienen en cuenta indicadores como el peso, la altura, el momento de la vida del paciente o situaciones excepcionales como el embarazo o el proceso de lactancia.

Consultar las etiquetas de los productos alimenticios y conocer los ingredientes que se utilizan para producir cada tipo de alimento y sus beneficios nutricionales.

Comer alimentos variados para tener una dieta equilibrada.

Consumir algunos productos, como la sal y las bebidas alcohólicas, con moderación. Acompañar la alimentación equilibrada con ejercicio físico que permita ayudar al desarrollo y funcionamiento del cuerpo. Para esto es importante realizar un balance energético de acuerdo a las necesidades nutricionales que se precisen de acuerdo a la cantidad de actividad física que se realice.

5. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD
La comunidad del resguardo indigena Lulumoy yaco acudió a la actividad y se mostró positiva siendo muy asertiva y participativa, donde asistieron doce niños para ser caracterizados ya que los otros niños se encuentran fuera del territorio.
6. CONCLUSIONES, PROPOSICIONES Y VARIOS:
Se obtuvieron buenos resultados ya que la comunidad del resguardo indigena Lulumoy yaco recibieron con buen ánimo la actividad a realizar por parte de la Gobernación Tolima y The Wala Ips-I y así poder sensibilizar sobre las condiciones de salud del menor junto con el estado nutricional de estos menores de edad.

7. REGISTRO FOTOGRÁFICO

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización nutricional de la población infantil de la comunidad indigena de Natagaima

LUGAR: Resguardo Indígena Lulumoy yaco, Zona 2 del Municipio de Natagaima
FECHA: 14 de septiembre del 2024

Registro fotográfico 1.



Presentación y socialización de la actividad a realizar en la comunidad del Resguardo Indígena Lulumoy yaco del municipio de Natagaima.

Registro fotográfico 2.



Tallando a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Lulumoy yaco del municipio de Natagaima.

Registro fotográfico 3.



Tomando el perímetro cefálico a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Lulumoy yaco del municipio de Natagaima.

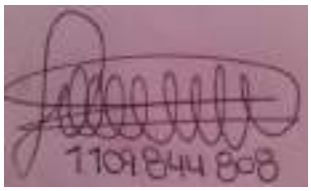
Registro fotográfico 4.



Tomando peso a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Lulumoy yaco del municipio de Natagaima

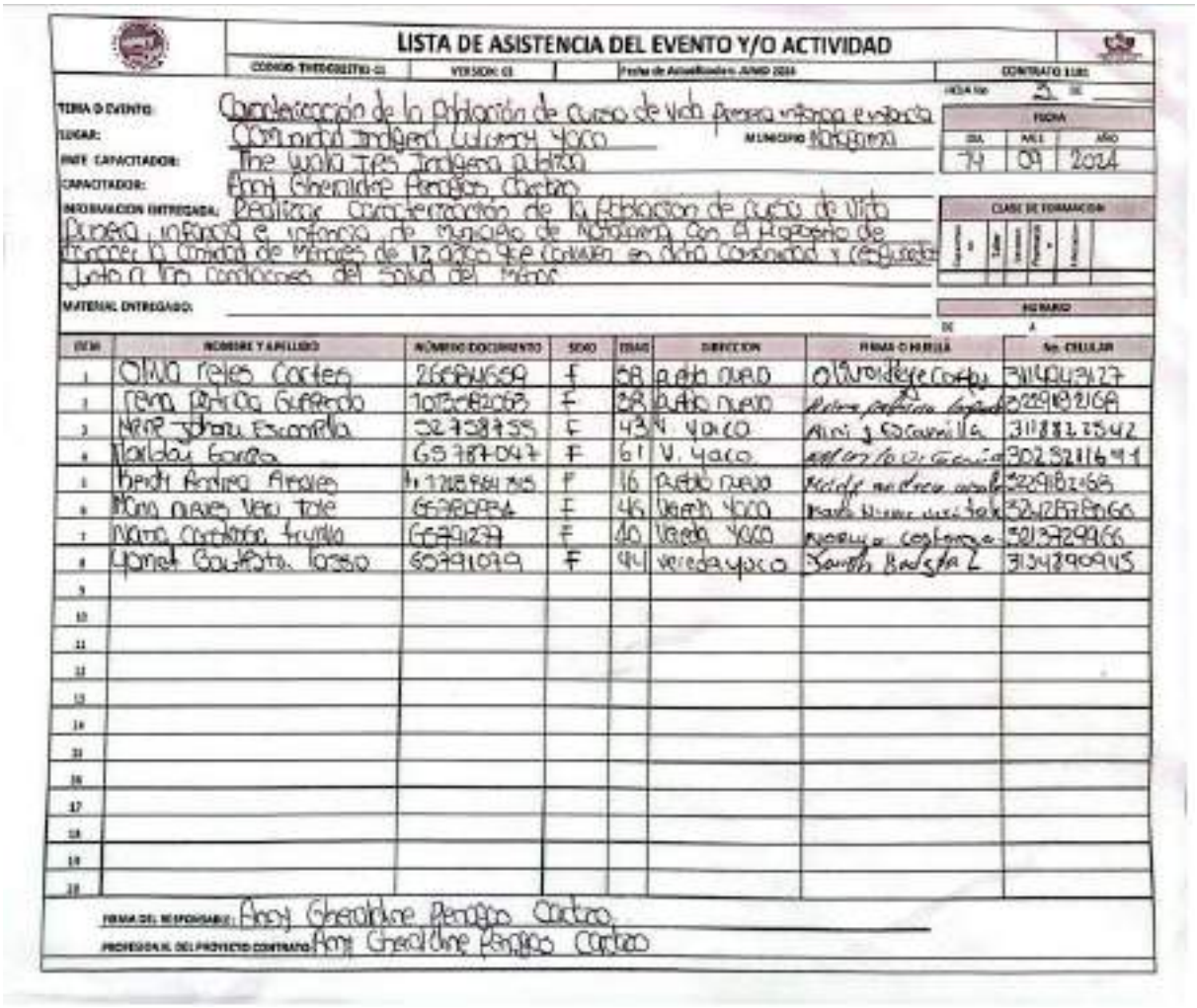


Realizado por:



ANNY GHERALDINE PENAGOS CARDOZO
AUXILIAR DE ENFERMERIA
IBAGUE – TOLIMA
2024

ANEXO DE LISTADO CON FIRMAS Y FICHAS DE CARACTERIZACION



LISTA DE ASISTENCIA DEL EVENTO Y/O ACTIVIDAD

CODIGO: THEOGEDITO-01 | VERSION: 01 | Fecha de Actualización: JUNIO 2024

TEMA O EVENTO: Caracterización de la Población de Curso de Vida Primera infancia e infancia
LUGAR: Comunidad Indígena Cutumay Yaco
MUNICIPIO: Natagaima
ENTE CAPACITADOR: The Wala IPS Indígena Pública
CAPACITADOR: Anny Gherardine Perdigón Cortes
INFORMACION ENTREGADA: Realizar caracterización de la Población de Curso de Vida Primera, infancia e infancia de Municipio de Natagaima con el Propósito de Atender la Consulta de Mayores de 12 años que Conviven en dicha Comunidad y Seguridad Junto a sus Condiciones del Salud del Menor
MATERIAL ENTREGADO:

FECHA: DIA 24 | MES 09 | AÑO 2024
CLASE DE FORMACION: Inducción | Capacitación | Reinducción | Actualización | Otra
NUMERO DE: A:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	NÚMERO DOCUMENTO	SEXO	EDAD	DIRECCION	FIRMA O HUELLA	No. CELULAR
1	Olma Reyes Cortes	26684658	F	58	Barrio nuevo	Olma Reyes Cortes	3114043427
2	Dora Patricia Guerrero	1073682683	F	28	Barrio nuevo	Dora Patricia Guerrero	3229892169
3	Nery Johana Escamilla	52753835	F	43	N. Yaco	Nery J Escamilla	3118827542
4	Maribel Garcia	65787047	F	61	V. Yaco	Maribel Garcia	3023216441
5	Yeraldi Andrea Arevalo	1.128.881.305	F	16	Barrio nuevo	Yeraldi Andrea Arevalo	3229826168
6	Nora Reyes Vera Tole	65782284	F	46	Vereda Yaco	Nora Reyes Vera Tole	3242878960
7	Nora Cardona Trujillo	65791237	F	40	Vereda Yaco	Nora Cardona Trujillo	3213729966
8	Yaneth Bautista Tarazo	65791099	F	44	Vereda yaco	Yaneth Bautista T	3134290945
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FIRMA DEL RESPONSABLE: Anny Gherardine Perdigón Cortes
PROFESIONAL DEL PROYECTO CONTRATO: Anny Gherardine Perdigón Cortes

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	25	Fecha captura:	04 MG 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	oliva reles cortes	Parentezco: a. Madre, b.Padre, X Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Area de residencia		Urbana		Rural	X	Caserio		
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Propia	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Baldosa, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Piladora, j. Tejas, k. Otro, l. barequa. m.Cemento								
	Piso	cemento	Techo	teja	Paredes	cemento	Baño	cemento	Cocina	cemento
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								4
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. B. No								No
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cual? X. No								NO
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. b. No								NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								NO
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Solo mamá X Otro familar								Abuela
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunta: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								5 Años
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Preescolar
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Juan Sebastian Olaya Esparza	RC	1030967906		X	pueblo nuevo

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 3 años)	DX nutricional
20.	Juan Sebastian	Olaya Esparza	M	23/03/2019	5	19.1	114			Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 23/03/2019				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Nueva EPS							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						Si		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??						Vomito diarrea		
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						No		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Ninguno		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr trotar, X b. Saltar, X c. Jugar, X d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cual?					Juega, nadar, bailar, correr		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días					todos los días		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, X Otros (¿cuál?)					barrer y trapear		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, X 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días					3a 5/ semana		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo? X a. Si, b. No								
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					10/02/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	17		Talla (cm)	1.00	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						10/02/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						No		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						No		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						No		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X a. Si, b. No					
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	6	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Cabolos cremitos sopas				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Pollo Jugos					
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Arroz lenteja					
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno					
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	3-5 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
	LACTEOS (y derivados)			X		
	HUEVOS	X				
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
	Alimentos propios o tradicionales.				X	
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
	VERDURAS Y HORTALIZAS			X		
	COMIDAS EN RESTAURANTE				X	
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?		Dentro	Abuela	Fuera	Abuela
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. SI, ¿Cuál?. X No					NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				NO	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales?					
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?					
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? Caldos Pescado					
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles?					
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado	
62.	¿ Cada cuánto consiguan los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual		Semanal		
		Lugar de compra		Plaza Fiesta		
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI, X No NO					
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. X No NO					
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras.					
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Compromiso y dedicación					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Perdomo Cardozo

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	26	Fecha captura:	DIA MES AÑO 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Dora Patricia Guaneño	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserío	X	
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.						Propia		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Teja, k. Otro, l. Barrequa, m.Cemento								
	Piso	tierra	Techo	teja	Paredes	teja	Baño	pisotra	Cocina	teja
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								1
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: X Si, B. No								Si
7.	¿ La hacen algun tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No								NO
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si X No								
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								NO
12.	Si respondio otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familiar								los padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Preescolar
18.	La educacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	David santiago Abril Guaneño	RC	1109848594		X	pueblo nuevo

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dia/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	David santiago	Abril Guaneño	M	4/08/209	5	18.3	111			Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm)]		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)			
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 04/08/2019						
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO		
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado								
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Sanitas								
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o sintoma?							NO		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o sintomas ??									
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							NO		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?									
32.	En el ultimo año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:							Si		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr trotar, X b. Bailar, X c. Jugar, X d. Nadar, X e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otras ¿Cuál?						Corre, baila, Juega nada, Actividad campo		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X e. Todos los dias						todos los dias		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, X c. Cargar agua, X d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g.Otras (¿Cuál?)						carga Agua y leña		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, X b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los dias						1 o 2 / semana		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo? X a. Si, b. No									
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?						13/09/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?			Peso (kg)	18.3	Talla (cm)	111		
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:								
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?							Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)							13/09/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							No		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							No		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							No		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X Si, b. No					
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir ajio leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	9	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Colados Cremas de Verduras				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Pescado, salchichas
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Sopas, Carne, Pollo
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Verduras

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)	X				
HUEVOS		X			
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS		X			
COMIDAS EN RESTAURANTE				X	

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:			Si	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?		Sulfato ferroso		
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	padres
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, X No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?			Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Jugos Cajas, galletas, papas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?			1 Vez Semana	
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? Cremas, Pescado, Morcilla				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuales?				
61.	¿Cuales son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque			Comprado	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual		Semanal	
		Lugar de compra		tiendas, supermercado	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Ninguno				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Ninguno				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Gheraldine pescaos cadena

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	27	Fecha captura:	04 MAY 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Dra. Ilsa escarpeta	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, X Casa familiar, d. Casa de trabajo.							familiar	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. barequa. m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Tejas	Paredes	tierra	Baño	Cemento	Cocina	Cemento
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?							4	
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:							Acueducto	
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. B. No							Si	
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No							NO	
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. X b. No							Si	
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Perdida de predios y animales								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:							Si	
12.	Si respondió otros cual							Verano	
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?							No	
15.	¿A cargo de quien está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, X Sólo mamá, d. Otro familar							Madre	
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, X Primaria, c. Bachillerato.							Primaria	
18.	La educacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao?							Escuela	

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de identificación del Menor	Número de identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Nicolas Gutierrez escarpeta	TI	1023408566		X	Vereda Yaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perímetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 3 años)	DX nutricional
20.	Nicolas	Gutierrez G	M	15/02/2016	8	37.2	140.5		18.84	Sobrepeso

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.a. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 15/02/2016				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?				Fecha de la Consulta	DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao Salud							
28.	¿En los últimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?							NO	
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							NO	
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:							Si	
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a. Correr/ trotar, b. Bailar, X Jugar, X Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otras ¿Cual?						Jugar, nadar	
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los dias						todos los dias	
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, X Cargar agua, X Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g Otras (¿cuál?)						Cargar Agua y leña	
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, X Todos los dias						todos los dias	
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No							Si	
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?						13/06/2022	
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	76.6	Talla (cm)	725		
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?							NO	
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)								
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							Si	
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							No	
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							No	
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							NO	

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X Si, b. No	Si				
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	12	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	24	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Colados, Sopas				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Arroz, granos Verduras
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Platano, arepas mazamorra de maiz, Jugo de Guanabana
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Jugo de Guanabana

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	5-6 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)		X			
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES-TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:			No	
53.	Si respondio Si ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consuma?				
54.	¿Quien es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Madre	Fuera	Madre
55.	Actualmente algun miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brindan alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				No
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosas?			Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? galletas, Jugos Papas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosas?			rara vez	
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles? No				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque			Comprado	
62.	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual		Semanal	
		Lugar de compra		tiendas, plaza	
63	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. X b. No NO				
64	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, X Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No Platano, maiz, guamba				
65	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras				
66	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Ninguno.				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ami Ghealdine Pedroza Cadena

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	28	Fecha captura:	04 mayo 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Nancy Johana escarpeta	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Madre

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia			Urbana		Rural		Caserío	X
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.								Familiar
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra, g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. bareque, m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Tejas	Paredes	Tierra	Baño	Cemento	Cocina	Cemento
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								4
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. B. No								Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? b. No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Perdida de pradro y animales								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								Si
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								Madre
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indígena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Bachiller
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Colegio

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado		Dirección Donde Vive
				SI	NO	
19.	Sofia Guependo escarpeta	TI	1023398836	X		Vereda Yaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 3 años)	DX nutricional
20.	Sofia	Guependo E	F	10/11/2012	11	52.7	158.4		21	Sobrepeso

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 10/11/2012				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI		NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta		DIA		MES		AÑO
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?			SI		NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?			SI		NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años			SI		NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN Subsidiado								
27.	EPS/ EAPB AFILIADO Pijao salud								
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						No		
29.	Si respondió si, ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						Si		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?						toxoplasmosis		
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Si		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: (a) Correr/ trotar, (b) Bailar, (c) Jugar, (d) Nadar, (e) Actividades del campo, (f) Deporte especifico, (g) Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cuál?					todos		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, (e) Todos los días					todos los dias		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: (a) Pescar, (b) Cazar, (c) Cargar agua (d) Cargar leña, (e) Cultivar, (f) Desyerbar, g.Otros (¿cuál?)					todos		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, (d) Todos los días					todos los dias		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No						Si		
36.	Si la respuesta N° 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					10/ feb		2020
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	35.0		Talla (cm)		1.22
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						No		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)								
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el camé de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						No		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	18	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	6	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones) Sopas, Jugos					

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Pasta Carne, pollo
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Sopa, ahuyama
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) huevo frito

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)		X			
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:			NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Madre	Fuera	Madre
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?			SI	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? galletas pepas, taco cajas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?			rara vez	
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuales? No				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? No				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cual miembro de la familia lo recibe), e. Trueque			Comprado	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual		Semanales	
		Lugar de compra		Plaza fijada	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: X Si, b. No Si				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, X Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No Maiz, Platano, Guayaba,				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Proteccion ambiente, Agua huertas caseras				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Ninguno				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Anni Geraldine Perdomo Cardoso

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	29	Fecha captura:	D 14 M 9 A 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondio la encuesta	Maribel Garcia	Parentezco: a. Madre, b.Padre, X. Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Area de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, X Casa familiar, d. Casa de trabajo.						familiar		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tejas, k. Otro, l. barraque, m.Cemento								
	Piso	tierra	Techo	teja	Paredes	barro	Baño	bareque	Cocina	bareque
4.	¿De cuantos cuartos dispone el hogar para vivir?						3		
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:						Acueducto		
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. B. No						Si		
7.	¿ Le hacen algun tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X. No						No		
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si, Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. X No						No		
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:						No		
12.	Si respondio otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?						No		
15.	¿A cargo de quien está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, X. Sólo mamá, d. Otro familar						Abuela		
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunta: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:						2 Años		
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.						Preescolar		
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?						Escuela		

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19	Juan Sebastian Diaz Lasso	RC	1023416377		X	Vereda Yaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefalico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Juan Sebastian	Diaz Lasso	M	14/08/2019	5	17.4	110			Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.a. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 14/06/2019				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI		NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES		AÑO
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao salud							
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						NO		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31.	Si respondio si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Si		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr/ trotar, X b. Saltar, X Jugar, X Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Excluir/ig. Otras ¿Cual?					Corre, nadar, Jugar		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X d. Todos los dias					todos los dias		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, X Cargar agua, X Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g.Otras (¿cuál?)					Cargar agua y leña		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, X b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los dias					Toz /semana		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: X SI, b. No								
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					07/08/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	17.00		Talla (cm)		108
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						07/08/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						NO		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.SI, X b. No	NO			
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:	No Produce leche			
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses		No sabe
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses		No sabe
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses		No sabe
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo le inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Leche Nan			

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Ensalada Verduras Arroz
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Jugos
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	3-5 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)	X				
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchuco)		X			
RAICES-TUBERC (papa, yuca, cachaco, platano, arracacha, batata)		X			
Alimentos propios o tradicionales.	X				
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS					X
COMIDAS EN RESTAURANTE					

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:			NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuela
55.	Actualmente algun miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cual?, b.No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?			SI	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44, diga cuales? Galletas, Cocada				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?			C/d 15 días	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentacion tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque			Comprado	
62.	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual		Semanal	
		Lugar de compra		Plaza Fredo	
63.	¿Consideras que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No Maracos Papachera				
65.	¿Qué acciones consideras que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Comedor Comunitario				
66.	¿Qué acciones consideras que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Apoyo de la comunidad.				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Anni Checidne Perdomo Cadena

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	30	Fecha captura:	04 MAY 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Maddy Garcia	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia			Urbana		Rural		Caserio	X		
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, X Casa familiar, d. Casa de trabajo.								familiar		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tejas, k. Otro, l. bareque, m.Cemento										
	Piso	Tierra	Techo	Tejas	Paredes	bareque	Baño	tierra	Cocina	tierra	
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								3		
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto		
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si, B. No								Si		
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X No								NO		
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?										
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si X No								NO		
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)										
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								NO		
12.	Si respondió otros cual										
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)										
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO		
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familiar								Abuela		
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								2 Años		
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Primaria		
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela		

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado		Dirección Donde Vive
				SI	NO	
19.	Alan daniel Garcia basco	ti	1024577590		X	Vereda Yaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dia/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (menores de 5 años)	DX nutricional
20.	Alan daniel	Garcia basco	M	14/01/2015	9	26.0	130		15.38	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 14/07/2015					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN subsidiado								
27.	EPS/ EAPB AFILIADO Pijao salud								
28.	¿En los últimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						NO		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o sintomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Si		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: (X) a. Correr trotar, (X) b. Saltar, (X) c. Jugar, (X) d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, (X) g. Recorridos en bicicleta (Estudio) g. Otras ¿Cual?					Corre, salto, Juega nada, recorridos en bici		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, (X) e. Todos los dias					todos los dias		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, (X) c. Cargar agua, (X) d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g Otros (¿cuál?)					cargar agua y leña		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, (X) d. Todos los dias					todos los dias		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, (X) b. No								
36.	Si la respuesta N° 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?							
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)			Talla (cm)		
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						04/Jun/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						NO		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: (X) a. Si, b. No				Si	
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	12	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones) Caldos, cereales, sopas					

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Arroz, huevo
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Platano Yuca
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)	X				
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)		X			
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
Alimentos propios o tradicionales.					
FRUTAS (especificar si es entero o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:			No	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quien es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuela
55.	Actualmente algun miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No				No
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?			Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Galletas, Papas, Dulces				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?			Cada 15 días	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles? No				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentacion tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? No				
61.	¿Cuales son las formas de adquisicion de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque			Comprados	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual		Semanal	
		Lugar de compra		Plaza, tienda	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No No				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, X Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No Si Matera, cosechera				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Comedor Comunitario				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Apoyo de la comunidad				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ami Graciose Perdigon Cardoso

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	37	Fecha captura:	D 14 M 4 A 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Maribel Garcia	Parentezco: a. Madre, b.Padre, X Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia			Urbana		Rural		Caserio	X
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, X Casa familiar, d. Casa de trabajo.								Familiar
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tejas, k. Otro, l. barrepua m.Cemento								
	Piso	tierra	Techo	tejas	Paredes	bareque	Baño	tierra	Cocina	tierra
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								3
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. X B. No								Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cual?, X No								NO
8.	¿ Si la respuesta anterior fue SI; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. SI, X No								NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue SI: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								NO
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considere que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								Abuela
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?.								2 Años
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Dilan david Quintero lozano	TI	1023409602		X	Vereda Yaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 3 años)	DX nutricional
20	Dilan David	Quintero Lozano	M	25/06/2016	8	22.3	124		14.5	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 25/06/2016					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejería de Lactancia Materna?		Fecha de la Consulta	DIA	MES	AÑO			
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años			SI	NO	(dd/mm/aaaa)			
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao Salud							
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?						NO		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Si		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr trotar, b. Bailar, X c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, X g. Recorridos en bicicleta (Estudier)g. Otras ¿Cual?					Correr, Jugar, recorrido en bicicleta		
		Frecuencia:: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los dias					Todos los dias		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, X c. Cargar agua, X d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g Otras (¿cuál?)					Cargar Agua y leña		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, X Todos los dias					Todos los dias		
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. Si, b. No								
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?							
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)		Talla (cm)			
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						06/Jun/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						No		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						No		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X a. Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	12	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Sopas Jugos				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Arroz, Granos, Verduras					
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Sopas					
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno					
51.	Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.					
	ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
	CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
	LACTEOS (y derivados)	X				
	HUEVOS	X				
	GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
	CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)		X			
	RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
	Alimentos propios o tradicionales.	X				
	FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
	VERDURAS Y HORTALIZAS					
	COMIDAS EN RESTAURANTE					X
52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitaminico de frasco o en tarro:				NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consuma?					
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuela	
55.	Actualmente algun miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b.No					No
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Galletas, papas					
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				Cada 15 dias	
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? NO					
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO					
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado	
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal	
		Lugar de compra			Plaza tienda	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO					
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, X Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No Maicera Papachera					
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Comedor Comunitario					
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Apoyo de la Comunidad					

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Anni Ghealdise perdigon cardona

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	32	Fecha captura:	04 MO A 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Heidy Andrea Rosales	Parentezco: X Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Mamá

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: X Casa propia, b.Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.						Propio		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a. Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra, g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. bareque, m. Cemento								
	Piso	tierra	Techo	tejas	Paredes	teas	Baño	plastico	Cocina	plastica
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								1
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si, B. No								Si
7.	¿ Le hacen algun tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X. No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. X No								NO
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								NO
12.	Si respondio otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: X Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								los padres
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								No
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								NO

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Juan Andres rosales	RC	1109849098		X	pueblo nuevo

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Juan Andres	rosales	M	20/01/2022	2	14.8	93	49		sobrepeso

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 20/01/2022				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Sanitas							
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o sintoma?						NO		
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o sintomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?						NO		
31.	Si respondio si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:						Ninguno		
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr/ trotar, b. Bailar, X c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte específico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otras ¿Cuál?					Correr, Jugar		
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días					todo lo mismo		
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Deshierbar, g Otras (¿cuál?)					recoger cosas		
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días							
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. X b. No								
36.	Si la respuesta Nº 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?					12/09/2024		
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	14.8		Talla (cm)	93	
37.	Si la respuesta Nº 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?						Si		
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)						15/08/2024		
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)						Si		
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?						NO		
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?						NO		
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?						NO		

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. Si X b. No					
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:	No produce leche				
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses		No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses		No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses		No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Leche Non y Colados				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Pollo, Sopas, Pescado
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Carne
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)	X				
HUEVOS		X			
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entero o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS		X			
COMIDAS EN RESTAURANTE				X	

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitaminico de frasco o en tarro:			NO	
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quien es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Padres	Fuera	Padres
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algun programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: X Si, ¿Cuál?, b.No Mi Abuelitos				Si
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				Si
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Papas, galletas, dulces				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				1 VEZ, SEMANA
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? No				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuales son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado
62.	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 dias, d. Mensual		Semanal	
		Lugar de compra		Tienda, Plaza	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Ninguno				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberania alimentaria de su familia y de la población Pijao? Ninguno.				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Pengas Cardoso

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	33	Fecha captura:	04 MAY 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Maria Nieves Vera	Parentezco: a. Madre, b.Padre, X Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, X Casa familiar, d. Casa de trabajo.							Familiar	
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a. Palma b. Madera, c. Baldosa, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tapia, k. Otro, l. barraque m. Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Teja	Paredes	barraque	Baño	Teja	Cocina	barraque
4.	¿De cuantos cuartos dispone el hogar para vivir?							2.	
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:							Acueducto	
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. B. No							Si	
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? b. No							No	
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. X b. No							Si	
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Economicamente, Vivienda, trabajo								
11.	¿Ustad o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:							Si	
12.	Si respondió otros cual							Verano	
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?							No	
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, X Otro familar							Abuela	
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:							1 Año	
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, X Primaria, c. Bachillerato.							Primaria	
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?							Escuela	

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Brandon Steven Obando Saboda	RC	1109848249		X	Vereda Yaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Brandon Steven	Obando Saboda	M	13/01/2018	6	22.2	121.5		15.04	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH		(dd/mm/aaaa) 13/07/2018				
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?				Fecha de la Consulta	DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años					SI	NO	(dd/mm/aaaa)	
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao Salud							
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?							NO	
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							NO	
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:							Ninguno	
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algun tipo de actividad fisica? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X Correr bicic, X Beber, X Jugar, d. Nader, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estadio)g. Otras ¿Cual?						Corre, baila Juega	
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los dias						Todos los dias	
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, X Cargar agua, X Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g.Otras (¿cuál?)						Agua y leña	
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, X 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los dias						192 / semana	
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. X b. No								
36.	Si la respuesta N° 35 fue Si:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?						12/04/2024	
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?			Peso (kg)	14.7	Talla (cm)	116.5	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?							Si	
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparesitación (dd/mm/aaaa)							12/04/2024	
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							Si	
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							No	
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							No	
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							NO	

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a. X, b. No					
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	9	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	9	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	2	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones) Comidas, Jugos Colados, Sopas					

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir): Pastas lenteja
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir): Verduras
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir): Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)			X		
HUEVOS		X			
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X				
Alimentos propios o tradicionales.				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS			X		
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:			NO	
53.	Si respondio SI ¿Cual es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?				
54.	¿Quien es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuela
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, X No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?			SI	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Perros calientes hamburguesas, gaseosas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?			15 días	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños?¿Cuáles? Caldos de Platano Pescado				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? Ninguno				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque			Comprado	
62.	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario X Semanal, c. Cada 15 dias, d. Mensual		Semanal	
		Lugar de compra		Plaza tienda	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. SI X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Ninguno				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Ninguno				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Pengüe Cadena

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	34	Fecha captura:	D 14 M 9 A 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	María Nieves Vera	Parentezco: a. Madre, b.Padre, X Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, X Casa familiar, d. Casa de trabajo.						familiar		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Teja, k. Otro, l. bareque, m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	teja	Paredes	bareque	Baño	teja	Cocina	bareque
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								2
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si, B. No								Si
7.	¿ La hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? X. No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: X Si. b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Economicamente, Vivienda, trabajo								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								Si
12.	Si respondió otros cual								Verano
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								NO
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, X Otro familar								Abuela
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								1 año
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, X Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Uzi Ornna Obando	RC	1109819066		X	Vereda Yaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Uzi ornna	Obando	F	16/11/21	34	12.8	93	48		Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 16/11/2027					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida					SI	NO
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pilao salud							
28.	¿En los ultimos 30 dias el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?							NO	
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?							NO	
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:							Ninguna	
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr trotar, b. Bailar, X c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estadero)g. Otras ¿Cual?						Juga lcorrer	
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días						todos los dias	
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, X Otras (¿cuál?)						recoger zapatos	
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días							
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. X b. No							Si	
36.	Si la respuesta Nº 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?						04/Jun/2024	
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	123		Talla (cm)	97	
37.	Si la respuesta Nº 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?							Si	
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)							04/Jun/2024	
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el camá de vacunación)							Si	
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							No	
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							No	
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							No	

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	8	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	9	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Comidas, caldos, sopas				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

43.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Jugos
45.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Pescado
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	3-5 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)		X	X		
HUEVOS		X			
GRANOS SECOS (fríjol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchuco's)	X				
RAICES-TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)	X			X	
Alimentos propios o tradicionales					
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS			X		X
COMIDAS EN RESTAURANTE					

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:			NO	
53.	Si respondio SI ¿Cual es la vitamina o suplemento vitaminico que consume?				
54.	¿Quien es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuela
55.	Actualmente algun miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cual?, b.No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?			Si	
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Papas, galletas, Jugos en caja				
58.	Si respondio si ¿Cual es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?			2 Veces a la semana	
59.	¿Hay alimentos especiales segun usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? Colada platano y pescado				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentacion tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? Ninguno				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar? X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cual miembro de la familia lo recibe), e. Trueque			Comprado	
62.	¿ Cada cuanto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual		Semanal	
		Lugar de compra		plaza y tienda	
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Ninguno				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Ninguno				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Amy Geraldine Perdomo Cardoso

Firma:

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	35	Fecha captura:	04 MAY 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Nayra Constanza Tovilla	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X			
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b.Casa en arriendo, X Casa familiar, d. Casa de trabajo.								Familiar		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plastico, j. Tejas, k. Otro, l. bareque sin Cemento										
	Piso	tierra	Techo	bareque	Paredes	bareque	Baño	tierra	Cocina	tierra	
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								3		
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto		
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si. B. No								Si		
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? b. No								NO		
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?										
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. b. No								Si		
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Económicamente - trabajo										
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								Si		
12.	Si respondió otros cual								Verano		
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Quemas										
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								No		
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, X Otro familiar								Abuelita		
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								7 años		
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: X Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Primaria		
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela		

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado		Dirección Donde Vive
				SI	NO	
19	Jesus daniel Guzmandargas	RC			X	Vereda Yaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20	Jesus daniel	Guzmando P.	M	08/01/2021	4	16.90	102.7			Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 03/07/2021					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta	DIA	MES	AÑO		
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Salud total							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?								
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?								
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:								
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a. Correr/ trotar, b. Saltar, c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudiar)g. Otros ¿Cual?							
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, e. Todos los días							
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g. Otros (¿cuál?)							
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días							
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. X b. No								
36.	Si la respuesta N° 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?							
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?			Peso (kg)	14.84	Talla (cm)	94.6	
37.	Si la respuesta N° 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?								
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)								
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)								
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?								
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?								
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?								

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	24	No sabe	
47	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuando y si se presentaron complicaciones)	Jugos Colados				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Verduras, Pollo, Carne.
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Avena
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)	X				
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)	X				
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)				X	
Alimentos propios o tradicionales.					
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS		X			
COMIDAS EN RESTAURANTE				X	

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO
53.	Si respondio SI ¿Cual es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuela
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, b. No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosa?				Si
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Jugo Coca, Chocolatinas Papas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?				1 Vez Semana
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuales? NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar? X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, b. Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual	Semanal		
		Lugar de compra	Tienda		
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, X No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), X No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Ser Más Cuidados para Nosotros				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Ninguno				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Pengao Cardozo

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:	35	Fecha captura:	04 MAY 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Yonel bautista lozano	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Abuela

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserio	X	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b. Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.						Familiar		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma, b. Madera, c. Bahareque, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra, g. Guadua, h. Lata, i. Plásticos, j. Tejas, k. Otro, l. bareque, m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Tejas	Paredes	bareque	Baño	Tierra	Cocina	Guadua
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								2
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?: a. Si, B. No								Si
7.	¿ La hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? b. No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si. b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Emocional - trabajo								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								No
12.	Si respondió otros cual								
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir)								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								Abuela
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								1 año.
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								No
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								No

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19.	Erik Stiven Diaz Selva	TI	1109849081		X	Vereda Yaco Natag

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 3 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20.	Erik Stiven	Diaz Selva	M	17/12/2021	2	13.3	91	48		Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perimetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.e. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 17/12/2021					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses		22.b. Amamantado a la primera hora de vida				SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao salud							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?								
29.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad o sintomas ??								NO
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?								
31.	Si respondió si: ¿ Cual enfermedad?								NO
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:								
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: a. Correr brincar, b. Bailar, c. Jugar, d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Explicar) g. Otros ¿Cual?							Si correr bailar jugar
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, e. Todos los días							todos los dias
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Desyerbar, g. Otros (¿cuál?)							recoger cogerlos
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días							todos los dias
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a.Si, b. No								Si
36.	Si la respuesta Nº 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?							29/12/2023
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	72		Talla (cm)		87
37.	Si la respuesta Nº 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?								Si
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)								08/Jun/2024
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)								Si
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?								No
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?								No
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?								No

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: a.Si, b. No					Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:					
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	6	No sabe	
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	18	No sabe	
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Colados sopas jugos				

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

40	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Granos y Verduras
41	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Carne, lacteos
42	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

43. Frecuencia de consumo de alimentos. Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-3 VECES X SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS y derivados					X
HUEVOS	X				
GRANOS SECOS (fríjol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, nutricereal)	X				
RAICES Y TUBERCULOS (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
Alimentos propios o tradicionales				X	
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)	X				
VERDURAS Y HORTALIZAS	X				
COMIDAS EN RESTAURANTE					X

44	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO
45	Si responde Si: ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consuma?				
46	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	Abuela	Fuera	Abuela
47	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brindan alimentos) o a algún comedor comunitario? a. Si, ¿Cuál?, b.No				NO
48	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerías y/o gaseosas?				Si
49	Si responde si a la Pregunta 44, diga cuales? Galletas, Yogurt				
50	Si responde si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerías o gaseosa?				2 veces semana
51	¿Hay alimentos especiales según salud y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? NO				
52	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
53	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar? a. Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado
54	¿Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, dónde los consiguen?	Frecuencia: a. Diario, b. Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal
		Lugar de compra			tienda supermercado
55	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, b. No NO				
56	¿En el hogar tienen huerta familiar o casera? a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No NO				
57	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye déficit o exceso) los niños y niñas? Huertas caseras				
58	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población? Pigui? Realizar comedores comunitarios más seguidos				

Nombre y Apellido de quien diligencio encuesta: Yeni Geraldine Prada Cortes

Firma: _____

<table>
<tr><td colspan="5">PLAN DE INTERVECIONES COLECTIVAS DE SALUD PUBLICA- POBLACION INDIGENA DEL TOLIMA- 2024</td><td>ACTA No</td></tr>
<tr><td colspan="5">MUNICIPIO: N A T A G A I M A
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No 1181</td><td>04</td></tr>
<tr><td rowspan="2">LUGAR DE LA CAPACITACIÓN O ACTIVIDAD:
COMUNIDAD INDIGENA RINCON BODEGA</td><td colspan="3">FECHA DE LA ACTIVIDAD</td><td rowspan="2">HORA INICIO:
10:OOAM
HORA TERMINACION:
10:30AM</td><td rowspan="2">RESPONSABLE:
ANNY GHERALDINE PENAGOS CARDOZO</td></tr>
<tr><td>14</td><td>09</td><td>2024</td></tr>
<tr><td colspan="6">ACTIVIDAD: Realizar caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia del municipio de Natagaima en la siguiente zona: zona 1: Velu (resguardo y comunidades de Velu centro, Gualeras, Quebraditas, Yaco Molana y Crucita la Virginia) y zona 2: Pueblo Nuevo (resguardo y comunidades de Pueblo Nuevo, Rincón Bodega, Cocana y Anacarco) con el propósito de conocer la cantidad de menores de 12 años que conviven en dichas comunidades y resguardos junto a las condiciones de salud del menor con una búsqueda active de 12 comunidades y resguardos indígenas, especialmente lo relacionado con el estado nutricional de estos menores, se realiza actividades de demanda inducida de acuerdo a la edad y se le informa a la EAPB a la que se encuentra afiliado de los servicios requeridos.</td></tr>
<tr><td colspan="6">OBLIGACION: Dimension Seguridad Alimentaria y Nutricional.</td></tr>
<tr><td colspan="6">TEMA: Caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia para verificar estado nutricional.</td></tr>
<tr><td colspan="6">POBLACIÓN OBJETO: Pueblos indígenas y comunidades de Colombia.</td></tr>
<tr><td colspan="6">NUMERO DE ASISTENTES: 1 asistentes</td></tr>
</table>

ORDEN DEL DIA

1. Presentación de asistentes
2. Objetivo
3. Metodología
4. Desarrollo de la Actividad
5. Resultados de la actividad
6. Conclusiones, Proposiciones y Varios.
7. Registro Fotográfico y de asistencia

1. PRESENTACIÓN DE ASISTENTES :
Se realizó solicitud de base de datos de las comunidades y resguardos indígenas a la IPS-I THE WALA de Natagaima Tolima, seguido se realizó llamado vía telefónica a la gobernador Robinson Jaime Romero del resguardo indígena Rincón Bodega pertenecientes a la zona 2, dándole un saludo e informándole sobre la actividad de Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública- Indigena 2024 que se viene realizando con la Gobernación del Tolima y THE WALA IPS-I, con el fin de solicitar un espacio en dicha comunidad e informando la metodología que se ejecutara para llevar a cabo la caracterización de la población resguardo indígena Rincón Bodega, llegando a un acuerdo con la gobernador para el día 14 de septiembre del 2024.

2. OBJETIVO (S):
Realizar caracterización de curso de vida e informar a la comunidad sobre los estilos y hábitos de vida para promover las condiciones y el bienestar integral a nivel físico, intelectual, emocional y social.
3. METODOLOGÍA:
Los elementos que se implementaron para llevar a cabo la actividad fueron los siguientes: carteleras, formato de caracterización, listado de asistencia, chaleco, carnet de identificación, tabla de medición, infantometro, estadiómetro mecánico portátil, cinta métrica mecánica para medición de circunferencia, pesa bebes electrónica, bascula pesa personas.

4. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Siendo las 10:00 am se da inicio a la actividad donde la auxiliar de enfermería Anny Penagos dio saludo de bienvenida a la comunidad del resguardo indígena Rincón Bodega, explicando el objetivo de la actividad a realizar del Plan de Intervenciones Colectivas PIC Indígena 2024, sobre la caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia, la cual cuenta con un total de 66 preguntas con el propósito de conocer la cantidad de menores de 12 años y sus condiciones de salud del menor junto con el estado nutricional de estos menores de edad, actividad que se da terminada siendo las 10:30 am.

Según la organización de la salud OMS, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, Tambien es el proceso biológico que ocurre en un ser vivo cuando su organismo absorbe de los alimentos y líquidos los nutrientes que necesita para su crecimiento y el desarrollo de las funciones vitales. A través de la alimentación el organismo incorpora hidratos de carbono, vitaminas, minerales, proteínas y grasas. Hay dos tipos de nutrición que la comunidad debe tener encuenta: **Nutrición autótrofa**. Es el tipo de alimentación que llevan a cabo organismos que producen su propio alimento, como las plantas y algunas bacterias. **Nutrición heterótrofa**. Es el tipo de alimentación que llevan a cabo organismos que se alimentan de otros para sobrevivir. En este grupo están las bacterias, los hongos y los animales. Es por ello que se deben consumir una cierta cantidad de nutrientes que son las sustancias que están presentes en los alimentos y que el organismo del ser humano utiliza para realizar sus funciones vitales. **Macronutrientes**. Son nutrientes que el organismo requiere en grandes cantidades y son responsables de introducir energía al cuerpo. Estos son: las proteínas, los hidratos de carbono, grasas y el agua.

Micronutrientes. Son nutrientes que el organismo requiere en pequeñas cantidades y que cumplen funciones específicas. Estos son: vitaminas y minerales. Cabe resalta que dando esta información y educación se solicita documentos de los menores de

12 años, como el carnet de vacunación, carnet de control y crecimiento y presencia del responsable del menor de edad para llevar a cabo el proceso de focalización por núcleo familiar e iniciando con la encuesta de seguridad alimentaria y nutricional, recolectando una serie de información y obteniendo un peso y talla para la medición de la IMC y así mismo llevar los datos estadísticos de los niños que han sido diagnosticados con desnutrición aguda o crónica, con el fin de realizar acciones de demanda inducida y seguimiento para la prevención de la misma, es de resaltar que la información y educacion la recibió cada una de las familias que fueron caracterizadas de la comunidad del resguardo indigena Rincón Bodega donde se dan las siguientes recomendaciones a la comunidad indigena:

Consumir alimentos que brinden los macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas), que dan energía al organismo para que pueda desarrollar sus funciones vitales.

Consumir alimentos que brinden al cuerpo vitaminas y minerales, que son micronutrientes no energéticos que llevan adelante funciones de regeneración y desarrollo.

Tomar aproximadamente dos litros de agua por día para mantener el cuerpo bien hidratado.

Consumir suficientes alimentos altos en fibra, que es un tipo de hidrato de carbono que el sistema digestivo no digiere y que, entre otras cosas, mejora el tránsito intestinal y regula el nivel de azúcar en sangre.

Consultar siempre a un especialista en salud, ya que la cantidad de nutrientes y de alimentos a incorporar va a depender de las necesidades nutricionales de cada persona. Para eso se tienen en cuenta indicadores como el peso, la altura, el momento de la vida del paciente o situaciones excepcionales como el embarazo o el proceso de lactancia.

Consultar las etiquetas de los productos alimenticios y conocer los ingredientes que se utilizan para producir cada tipo de alimento y sus beneficios nutricionales.

Comer alimentos variados para tener una dieta equilibrada.

Consumir algunos productos, como la sal y las bebidas alcohólicas, con moderación. Acompañar la alimentación equilibrada con ejercicio físico que permita ayudar al desarrollo y funcionamiento del cuerpo. Para esto es importante realizar un balance energético de acuerdo a las necesidades nutricionales que se precisen de acuerdo a la cantidad de actividad física que se realice.

5. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

La comunidad del resguardo indigena Rincón Bodega acudió a la actividad y se mostró positiva siendo muy asertiva y participativa, donde asistió solo 1 niño para ser caracterizados ya que los otros niños se encuentran fuera del territorio.

6. CONCLUSIONES, PROPOSICIONES Y VARIOS:

Se obtuvieron buenos resultados ya que la comunidad del resguardo indigena Rincón Bodega recibieron con buen ánimo la actividad a realizar por parte de la Gobernación Tolima y The Wala Ips-I y así poder sensibilizar sobre las condiciones de salud del menor junto con el estado nutricional de estos menores de edad.

7. REGISTRO FOTOGRÁFICO

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización nutricional de la población infantil de la comunidad indigena de Natagaima

LUGAR: Resguardo Indígena Rincón Bodega, Zona 2 del Municipio de Natagaima
FECHA: 14 de septiembre 2024

Registro fotográfico 1.



Presentación y socialización de la actividad a realizar en la comunidad del Resguardo Indígena Rincón Bodega del municipio de Natagaima.

Registro fotográfico 2.



Caracterización a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Rincón Bodega del municipio de Natagaima.

Registro fotográfico 3.



Pesando a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Rincón Bodega del municipio de Natagaima.

Registro fotográfico 4.

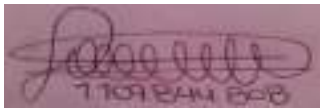


Midiendo a un integrante de la comunidad del Resguardo Indígena Rincón Bodega del municipio de Natagaima.



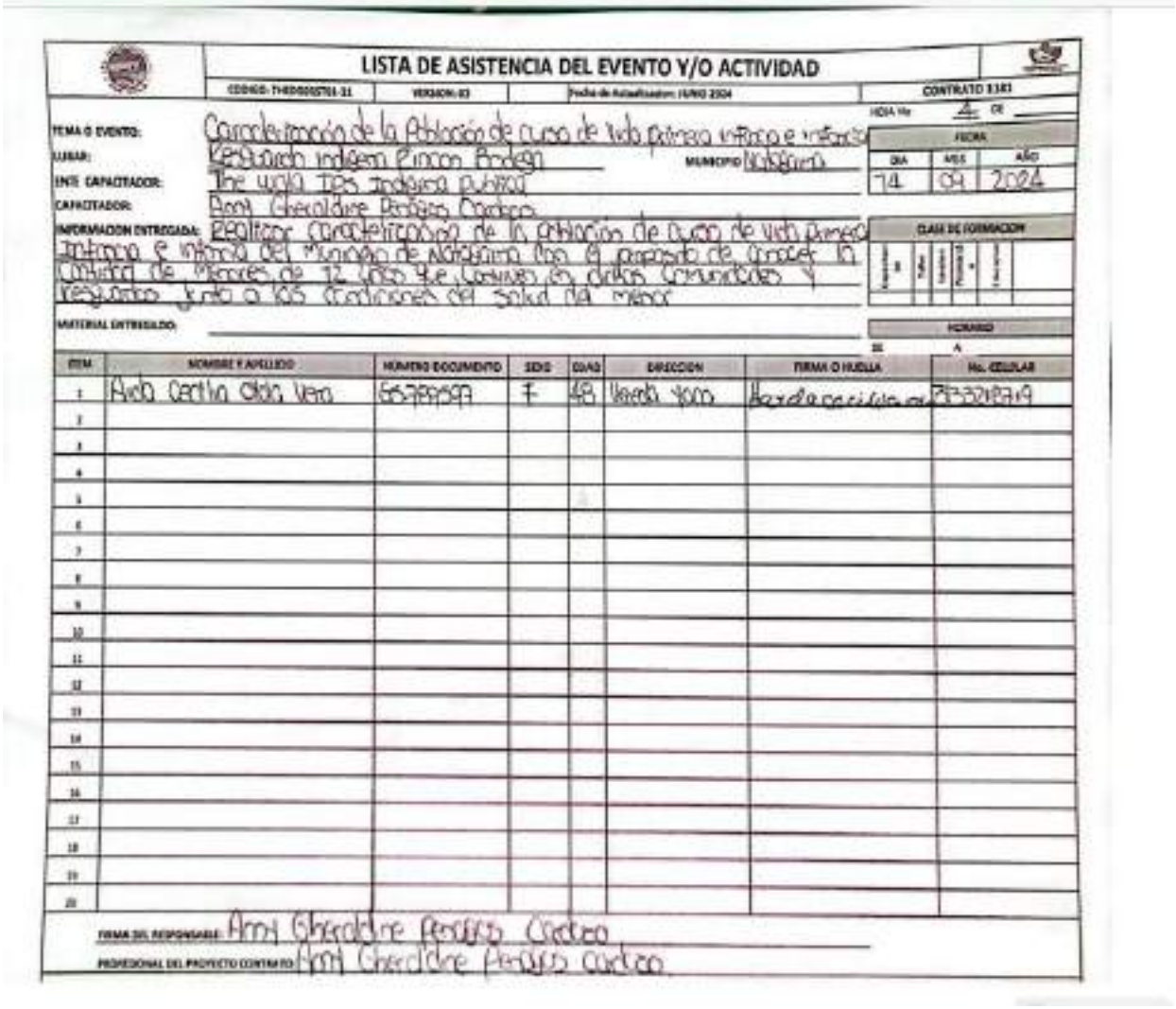
Carta de invitación al gobernador y comunidad del resguardo indígena Rincón Bodega.

Realizado por:



ANNY GHERALDINE PENAGOS CARDOZO
AUXILIAR DE ENFERMERIA
IBAGUE – TOLIMA
2024

ANEXO DE LISTADO CON FIRMAS Y FICHAS DE CARACTERIZACION



LISTA DE ASISTENCIA DEL EVENTO Y/O ACTIVIDAD

CONTRATO 1181

TEMA O EVENTO: Caracterización de la Población de curso de vida primera infancia e infancia

LUGAR: Resguardo indígena Pinzon Bodega MUNICIPIO: Natagaima

ENTE CAPACITADOR: The wala IPS Indígena Publica

CAPACITADOR: Anni Checaldire Perdomo Cardozo

INFORMACION ENTREGADA: Realizar caracterización de la población de curso de vida primera infancia e infancia del Municipio de Natagaima con el propósito de conocer la cantidad de Menores de 12 años que habitan en dichas Comunidades y Resguardos junto a las condiciones de salud del menor

MATERIAL ENTREGADO:

HORA No 4 DE

FECHA: DIA 24 MES 04 AÑO 2024

CLASE DE FORMACION: Asistencia Técnica | Taller | Inducción | Reinducción | Otra

HORARIO: DE A

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	NUMERO DOCUMENTO	SEXO	EDAD	DIRECCION	FIRMA O HUELLA	No. CELULAR
1	Ayda Cecilia Ortiz Vera	65789597	F	48	Vereda Yuma		3133218719
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FIRMA DEL RESPONSABLE: Anni Checaldire Perdomo Cardozo

PROFESIONAL DEL PROYECTO CONTRATO: Anni Checaldire Perdomo Cardozo

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:		Fecha captura:	014 MG A 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Ana Cecilia Ortiz	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Mamá

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserío	X	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b. Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.						Arriendo		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Baldosa, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. Barequie. m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Teja	Paredes	Cemento	Baño	Cemento	Cocina	Cemento
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								3
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?. a. Si. B. No								Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? b. No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si, b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Economicamente - trabajo - animales								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								Si
12.	Si respondió otros cual								Verano
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Verano								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								Mamá
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19	Jhon Sbarick Tejillo Ortiz	TI	1109847262		X	Vereda Yaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20	Jhon Sbarick	Tejillo Ortiz	F	04/07/2015	9	35.9	141		18.06	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.a. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 04/07/2015					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao Salud							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?								
29.	Si respondió sí: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?								
31.	Si respondió sí: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:								
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr/ trotar, b. Bailar, X c. Jugar, X d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudio/g). Otros ¿Cual?							
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días							
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Ordeñar, X Otros (¿cuál?)							
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, X b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días							
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. X b. No								
36.	Si la respuesta Nº 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?						31/07/2024	
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	18.02		Talla (cm)	140	
37.	Si la respuesta Nº 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?							Si	
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)							31/07/2024	
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							Si	
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							NO	
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							NO	
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							NO	

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X Si, b. No						Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:						
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe		
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	9	No sabe		
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe		
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Leche Nan					

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Arroz, Carne asada
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Verduras frutas
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-6 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)			X		
HUEVOS		X			
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
Alimentos propios o tradicionales.		X			
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)					
VERDURAS Y HORTALIZAS			X		
COMIDAS EN RESTAURANTE				X	

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	MAMÁ	Fuera	MAMÁ
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, X No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				Si
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Perros, galletas chocolatinas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				2 veces semana
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal
		Lugar de compra			Plaza tienda
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, b. No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Ninguno				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Ninguno				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Pedraza Cardozo

Firma: _____

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato Interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

N° Encuesta:		Fecha captura:	014 MG A 2024
Municipio:	NATAGAIMA	Comunidad o resguardo:	
Nombre de quien respondió la encuesta	Ana Cecilia Ortiz	Parentezco: a. Madre, b.Padre, c. Otro (¿quién?)	Mamá

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR

1.	Área de residencia		Urbana		Rural		Caserío	X	
2.	La vivienda es: a.Casa propia, b. Casa en arriendo, c. Casa familiar, d. Casa de trabajo.						Arriendo		
3.	Observe y anote el material predominante de las paredes, pisos, techo y baño del lugar del hogar: a.Palma b. Madera, c. Baldosa, d. Ladrillo, e. Cemento, f. Tierra , g. Guadua, h. Lata, i. Plástico, j. Tejas, k. Otro, l. Barequie. m.Cemento								
	Piso	Cemento	Techo	Teja	Paredes	Cemento	Baño	Cemento	Cocina	Cemento
4.	¿De cuántos cuartos dispone el hogar para vivir?								3
5.	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua que usan para beber y cocinar?:								Acueducto
6.	¿ En los últimos 3 años su familia ha tenido problemas de consumo de agua por escasez?. a. Si. B. No								Si
7.	¿ Le hacen algún tratamiento al agua que consume la familia? a. Si ¿Cuál? b. No								No
8.	¿ Si la respuesta anterior fue Si; Escribir Cual?								
9.	¿Su familia ha sido victima de desplazamiento por situacion del conflicto armado?: a. Si, b. No								Si
10.	Si la respuesta N° 9 fue Si: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Economicamente - trabajo - animales								
11.	¿Usted o su familia ha sido victima de alguna afectación ambiental?:								Si
12.	Si respondió otros cual								Verano
13.	Si la respuesta N°10 se evidenció alguna afectación: ¿Cómo ha perjudicado la calidad de vida de su familia? (Describir) Verano								
14.	Considera que los ingresos mensuales del hogar son suficientes y cubren los gastos básicos de alimentación en el hogar?								No
15.	¿A cargo de quién está la custodia del niño/niña?: a. Los dos padres, b. Sólo papá, c. Sólo mamá, d. Otro familar								Mamá
16.	Si la respuesta N° 15 es una persona diferente a los padres, pregunte: ¿Hace cuánto se presenta está situación?:								
17.	Nivel de escolaridad del niño/niña. Especifique si es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao: a. Preescolar, b. Primaria, c. Bachillerato.								Primaria
18.	La eduacion que recibe el niño es educación convencional propia de la comunidad indigena Pijao?								Escuela

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre del Menor de edad	Tipo de Identificación del Menor	Número de Identificación	Discapacitado SI	Discapacitado NO	Dirección Donde Vive
19	Jhon Sbarick Tejillo Ortiz	TI	1109847262		X	Vereda Yaco

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/NIÑA (Medir Perimetro Cefálico en niños menores de tres años)

	Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Perimetro Cefálico (menores de 5 años)	IMC (mayores de 5 años)	DX nutricional
20	Jhon Sbarick	Tejillo Ortiz	F	04/07/2015	9	35.9	141		18.06	Normal

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

IV. SITUACIÓN DE SALUD

21.	Si el niño o niña es menor de un mes indagar:		21.a. Peso al Nacer (gramos)		21.b. Talla al Nacer(cm))		21.c. Perímetro Cefálico al nacer (cm)		
	21.d. Edad Gestacional de la madre al momento de nacer (semana)	39	22.a. Fecha de Toma de TSH	(dd/mm/aaaa) 04/07/2015					
22.	22.a. Si el niño (niña) es menor de seis meses			22.b. Amamantado a la primera hora de vida			SI	NO	
	22c. Le han realizado consulta de Consejeria de Lactancia Materna?			Fecha de la Consulta		DIA	MES	AÑO	
23.	Suministro de medicamentos de los seis a los 24 meses?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
24.	Suministro de Sulfato ferroso en menores de los 6 a los 59 años?				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
25.	Suministro de Vitamina A en menores de los 24 meses a los 59 años				SI	NO	(dd/mm/aaaa)		
26.	TIPO DE REGIMEN	Subsidiado							
27.	EPS/ EAPB AFILIADO	Pijao Salud							
28.	¿En los últimos 30 días el niño/a presentó alguna enfermedad o síntoma?								
29.	Si respondió sí: ¿ Cual enfermedad o síntomas ??								
30.	¿El niño/a sufre de alguna enfermedad de Base?								
31.	Si respondió sí: ¿ Cual enfermedad?								
32.	En el último año ¿usted ha visto al niño/niña con alguna de las siguientes situaciones?:								
33.	¿Cotidianamente el niño/a realiza algún tipo de actividad física? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	Tipo: X a. Correr/ trotar, b. Bailar, X c. Jugar, X d. Nadar, e. Actividades del campo, f. Deporte especifico, g. Recorridos en bicicleta (Estudio/g). Otros ¿Cual?							
		Frecuencia: a. Nunca, b. 1 vez al mes, c. 1 a 2 veces/ sem, d. 3 a 5 veces/sem, X Todos los días							
34.	¿Cotidianamente el niño/a apoya alguna de las siguientes actividades en el hogar? (Puede seleccionar 1 o varias respuestas)	¿Cuál?: a. Pescar, b. Cazar, c. Cargar agua, d. Cargar leña, e. Cultivar, f. Ordeñar, X Otros (¿cuál?)							
		Frecuencia: a. 1 vez al mes, X b. 1 a 2 veces/ sem, c. 3 a 5 veces/sem, d. Todos los días							
35.	¿Ha llevado a su hijo/hija a controles de crecimiento y desarrollo?: a. X b. No								
36.	Si la respuesta Nº 35 fue SI:	¿Cuándo fue la última vez que lo llevó?						31/07/2024	
		¿Cuanto pesó y midió el niño/niña la última vez?		Peso (kg)	18.02		Talla (cm)	140	
37.	Si la respuesta Nº 29 fue NO:	¿Por qué?:							
38.	El niño (a) ha sido desparasitado en el ultimo año?							Si	
39.	Si la respuesta fue si, fecha de la ultima desparasitación (dd/mm/aaaa)							31/07/2024	
40.	El niño(a) cuenta con esquema de vacunacion completa para la edad que tiene? (Si es posible revisar el carné de vacunación)							Si	
41.	El niño (niña) ha sido diagnosticado con Desnutrición aguda en menor de cinco años?							NO	
42.	El niño (a) ha sido diagnosticado con desnutricion Crónica?							NO	
43.	El niño (a) recibió o está en tratamiento para su DNT diagnosticada?							NO	

V. ASPECTOS ALIMENTARIOS

44.	¿El niño/a recibió pecho (leche materna) alguna vez?: X Si, b. No						Si
45.	Si la Respuesta No 32 fue NO, ¿Razones de no haber dado pecho materno?:						
46.	¿Qué edad tenia el niño/a cuando:	Lactancia materna exclusiva	Meses	6	No sabe		
		¿Dejó de recibir sólo leche materna?	Meses	9	No sabe		
		¿Dejó de darle leche materna completamente?	Meses	12	No sabe		
47.	¿Cómo fue la alimentación complementaria que recibió el niño/a? (Tener en cuenta, cómo la inició, cuándo y si se presentaron complicaciones)	Leche Nan					

Powered by CamScanner

Encuesta SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Contrato interadministrativo 1181 de 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2024

48.	¿Cuáles son los alimentos de preferencia por el niño/niña? (Describir) Arroz, Carne asada
49.	¿Cuáles alimentos NO le gustan al niño/niña? (Describir) Verduras frutas
50.	¿Cuáles alimentos NO tolera el niño/niña y por qué? (Describir) Ninguno

51. Frecuencia de consumo de alimentos: Marque con una X el recuadro, de acuerdo a la respuesta.

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	2-6 VECES/ SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	RARA VEZ	NUNCA
CARNES (res, cerdo, pollo, pescado, enlatados)		X			
LACTEOS (y derivados)			X		
HUEVOS		X			
GRANOS SECOS (frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca)		X			
CEREALES (arroz, pastas, pan, arepas, avena, cuchucos)	X				
RAICES/TUBERC (papa, yuca, cachaco, plátano, arracacha, batata)		X			
Alimentos propios o tradicionales.		X			
FRUTAS (especificar si es entera o en jugo)					
VERDURAS Y HORTALIZAS			X		
COMIDAS EN RESTAURANTE				X	

52.	¿El niño/a toma alguna vitamina o suplemento vitamínico de frasco o en tarro:				NO
53.	Si respondio SI ¿Cuál es la vitamina o suplemento vitamínico que consume?				
54.	¿Quién es el responsable de la alimentación del niño/niña dentro y fuera del hogar?	Dentro	MAMÁ	Fuera	MAMÁ
55.	Actualmente algún miembro de la familia pertenece a algún programa alimentario, hogares sociales (donde les brinden alimentos) o a algún comedor comunitario?: a. Si, ¿Cuál?, X No				NO
56.	¿El niño/a come comidas rápidas, galguerias y/o gaseosa?				Si
57.	Si respondio si a la Pregunta 44; diga cuales? Perros, galletas chocolatinas				
58.	Si respondio si ¿Cuál es la frecuencia de consumo de estas Comidas rápidas, galguerias o gaseosa?				2 veces semana
59.	¿Hay alimentos especiales según usted y su tradición para alimentar bien a los niños? ¿Cuáles? NO				
60.	¿Ha percibido cambios en la alimentación tradicional de su comunidad y su familia? ¿Cuáles? NO				
61.	¿Cuáles son las formas de adquisición de alimentos en el hogar?: X Comprado, b. Producción propia, c. Regalado, d. Subsidio alimentario (especificar cuál miembro de la familia lo recibe), e. Trueque				Comprado
62.	¿ Cada cuánto consiguen los alimentos en el hogar y si son comprados, donde los adquiere?	Frecuencia: a. Diario, X Semanal, c. Cada 15 días, d. Mensual			Semanal
		Lugar de compra			Plaza tienda
63.	¿Considera que su familia tiene las condiciones económicas, materiales y ambientales para tener y mantener una producción de alimentos propia? Explicar las razones en cualquier caso: a. Si, b. No NO				
64.	¿ En el hogar tienen huerta familiar o casera?, a. Si (Especificar qué productos cosechan y en qué cantidad), b. No NO				
65.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para mejorar las situaciones de malnutrición detectadas en (incluye deficit o exceso) los niños y niñas? Ninguno				
66.	¿Qué acciones considera que se pueden hacer desde la comunidad o el resguardo para asegurar la seguridad y soberanía alimentaria de su familia y de la población Pijao? Ninguno				

Nombre y Apellido de quien diligenció encuesta: Ana Geraldine Pedraza Cardozo

Firma: _____

Powered by CamScanner