Realizar una estrategia de información en salud para conmemorar el día contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados.

ACTA DE EJECUCIÓN No 2					
EJE ESTRATEGICO	**ATENCION PRIMARIA EN SALUD**				
COMPONENTE	**POBLACION VULNERABLE**				
ACTIVIDAD	Realizar una estrategia de información en salud para conmemorar el día contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados.				
FECHA Y LUGAR DE EJECUCIÓN	4 de Diciembre Cabecera Municipal				
POBLACIÓN BENEFICIADA	**Género/Sexo**:	Femenino: 23	Masculino: 12	LGBTI: 0	TOTAL: 35
	Población por ciclo vital:	Primera Infancia (0-5): 0	Infancia (6-11): 0	Adolescencia (12-17): 109	TOTAL:35
		Juventud (18-28): 8	Adultez (29 - 59): 27	Vejez (mayor de 60): 0	
	Grupo Vulnerable:	PCD: 0	MCH: 0	Víctimas: 1	TOTAL: 1
		Desplazado: 0	Reinsertado: 0		
	Grupo Étnico:	Indígena: 0	Afro: 29		TOTAL:29
	OTRO:	2		**TOTAL: 2**	
	Unidad de medida	Estrategia de información	**Ámbito territorial**	Urbano	
	Línea operativa	Promoción de la salud	**Entorno**	Institucional	
POBLACIÓN OBJETO	Juventud, Adultez y Vejez				
RESPONSABLE(S) DE LA ESE	Líder del componente: **LILIANA RIVERA VEGA** Apoyo: Lida Xiomara Nieto – Yeimis Martínez Nieto				
ACTOR(ES) SOCIAL(ES)	Luisa Bastidas Castillo - Referente población vulnerable Discapacidad				
OBJETIVO GENERAL	Realizar un foro sobre la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados con el fin de sensibilizar a la comunidad; promover la prevención y la denuncia de la misma.				
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Con el fin de dar cumplimiento al cronograma de la estrategia de información en salud para conmemorar el día contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados; en las instalaciones la Alcaldía Municipal se dio inicio al foro sobre la violencia hacia la mujer dirigido a los funcionarios de la administración Municipal; la temática estuvo a cargo de la Abogada Jazmín Muñoz comisaria de familia del Municipio; usando la metodología de aprendizaje participativo a través de la proyección de diapositivas como material de apoyo. Inicio haciendo referencia al Modelo de atención a las violencias basadas en género y en el contexto familiar haciendo énfasis en la Inclusión social como proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un buen, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad; además sobre el				

respeto de identidad de género y/ orientación sexual donde la persona con identidad de género y/u orientación sexual diversa debe ser nombrada según ella lo desee y no conforme al sexo o nombre que aparece en el documento de identificación. Reconociendo además del nombre contenido en el documento de identificación, el nombre identitario de las personas en las actas y documentos generados en el acceso a la justicia.

Se refirió al marco normativo vigente en Colombia de las violencias basadas en genero e intrafamiliar como son las constitución política (Art 44), Ley 82 de 1993, Ley 294 de 1996, Ley 575 de 2000, Ley 599 de 2000, Ley 906 de 2004, Ley 1098 de 2006, Ley 1257 de 2008, Ley 164 de 2012, Ley 1639 de 2013, Ley 1850 de 2007, Ley 1959de 2019, Ley 1996 de 2019, Ley 2126 de 2021, Ley 2197 de 2022 y el decreto 1069 de 2015.

El código penal en el articulo 229, investigación del delito establece las siguientes penas en el delito de violencia intrafamiliar o basada en genero

a. Siempre la conducta no constituya delito será sancionado con pena en prisión de 4 a 8 años.
b. La pena aumentara de la mitad a las tres cuartas partas cuando la conducta recaiga sobre un menor, adolescente, una mujer, una persona mayor de 60 años, una persona que se encuentre en situación de discapacidad o disminución fisica, sensorial y psicológica, quien se encuentre en estado de indefensión o condición de inferioridad

Recalcando que la violencia basada en genero es aquella que se ejerce en relaciones de jerarquización entre géneros, a partir de las cuales una persona se siente en superioridad sobre las mujeres o la población con orientación sexual e identidad de género y aprovecha esta condición para maltratar y transgredir. Esta incluye la violencia de pareja (fuera del contexto familiar), el femicidio, la discriminación por prejuicio hacia la orientación sexual o identidad de género y la violencia sexual y la violencia intrafamiliar es cualquier forma de daño o maltrato psicológico, fisico, sexual o tratos crueles, degradantes, amenazas o cualquier otra forma de agresión, causada entre miembros de una familia, sean conyugues o compañeros permanentes, padres o madres. Esto incluye el maltrato por descuido a personas de la familia, abandono de adulto/ mayor, el ejercicio arbitrario de custodia de hijo menor de edad y la inasistencia alimentaria

Teniendo en cuenta la ruta de atención a la violencia en el contexto familiar puede denunciar la persona afectada, cualquiera persona que conozca la situación, instituciones educativas (colegios, escuelas, instituciones técnicas, tecnológicas y profesionales) y la comunidad en general (organizaciones sociales y vecinos); denunciando de manera escrita o verbal (si la persona no sabe leer o escribir), de forma anónima, por cualquier persona que conozca la situación de violencia y de oficio por la institución que conozca o identifique el caso y deberá presentarse a más tardar 30 días siguientes a su acaecimiento a la línea 141 del ICBF y a la línea 122 de la Fiscalia.

Se puede denunciar cuando exista

1. Violencia fisica golpes, tratos crueles, torturas y lesiones
2. Violencia sexual acoso sexual, embarazos forzados, violación, abuso sexual y explotación sexual.
3. Violencia psicológica por ejemplo intimidación, desprecio, chantaje y humillaciones.
4. Violencia económica por ejemplo perdida y retención de objetos, documentos y bienes, con el objetivo de controlar a la persona.
5. Violencia patrimonial por ejemplo la afectación directa de los bienes que hacen parte del patrimonio personal.
6. Violencia vicaria

En caso de ser violentado puede acudir

a. Al sector salud IPS (Hospital Hernando Quintero Blanco- centro materno infantil la loma) donde le brindaran una atención en salud integral a la víctima, recoge evidencias forenses y garantiza la cadena de custodia; acciona y garantiza las medidas de protección y atención requeridas, elabora historia clínica.

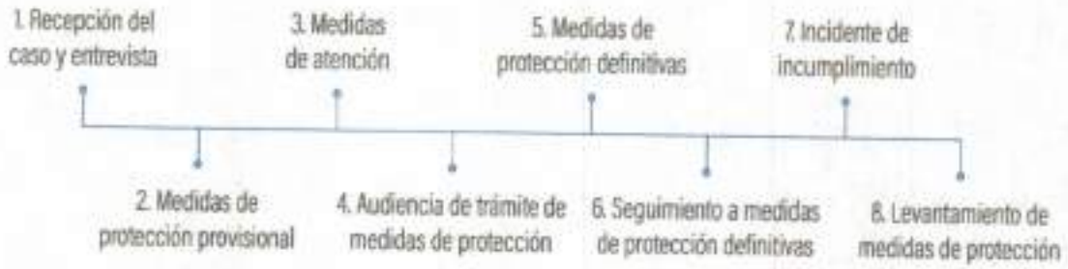
b. La Fiscalía general de la nación dirige la investigación penal, asegura que los presuntos agresores acudan ante la ley y vela por la protección de la víctima ofreciendo su atención a través de los centros de atención ciudadana, en la URI: 24 horas todo el año, además en el SAU atienden a víctimas del delito y orientan en alternativas de solución de conflictos y en las CAIVAS y CAVIF donde brindan atención para las víctimas de delitos sexual, y de violencia intrafamiliar.

c. La comisaría garantiza, protege, restablece y repara los derechos de las personas víctimas de violencia en ámbito familiar. Atiende y orienta a menores de edad e integrantes del grupo familiar en el ejercicio y restablecimiento de derechos. Recibe denuncias y adopta medidas de protección en casos de violencia intrafamiliar.

d. Policía nacional (estaciones municipales, departamentales y CAI) recepción denuncias. Protege y asiste a las víctimas, acompañándolas a lugares seguros y protegidos, como instituciones de salud. Apoya a las autoridades en la ejecución de medidas.

e. Personería Municipal promueven los derechos humanos, protege el interés público, la vigilancia y control de las autoridades municipales y las administraciones locales.

Dio a conocer cuales son las actuaciones administrativas con competencia de comisaría de familia ante la violencia de genero e intrafamiliar como son:



Entre las medidas de protección provisional según la ley colombiana se pueden adoptar las siguientes medidas para la protección de las víctimas como son:

Medidas de protección: estas se adoptan de manera inmediata por la autoridad competentes para poner fin o evitar la violencia las cuales son las siguientes:

a) Ordenar al agresor el desalojo de la casa de habitación que comparte con la víctima, siempre que se hubiere probado que su presencia constituye una amenaza para la vida, la integridad física o la salud de cualquiera de los miembros de la familia.

b) Ordenar al agresor abstenerse de penetrar en cualquier lugar donde se encuentre la víctima, cuando a discreción del funcionario dicha limitación resulte necesaria para prevenir que aquél moleste, intimide, amenace o de cualquier otra forma interfiera con la víctima o con los menores, cuya custodia provisional le haya sido adjudicada.

c)Prohibir al agresor esconder o trasladar de la residencia a los niños y personas discapacitadas en situación de indefensión miembros del grupo familiar, sin perjuicio de las acciones penales a que hubiere lugar.

d) Obligación de acudir a un tratamiento reeducativo y terapéutico en una institución pública o privada que ofrezca tales servicios, a costa del agresor cuando éste ya tuviera antecedentes en materia de violencia intrafamiliar.

e) Si fuere necesario, se ordenará al agresor el pago de los gastos médicos, psicológicos y psiquicos que requiera la víctima.

f) Cuando la violencia o maltrato revista gravedad y se tema su repetición el Comisario ordenará una protección temporal especial de la víctima por parte de las autoridades de policía, tanto en su domicilio como en su lugar de trabajo, si lo tuviere.

g) Ordenar a la autoridad de policía previa solicitud de la víctima, el acompañamiento a esta para su reingreso a su lugar de domicilio, cuando se haya visto en la obligación de salir para proteger su seguridad.

h. Decidir provisionalmente el régimen de visitas la guardia y custodia de los hijos se lo hubiere. Decidir quien tendrá a su cargo las cuotas alimentarias

i. Decidir provisionalmente el uso y disfrute de la vivienda familiar.

j. Ordenar al agresor la devolución inmediata de los objetos de uso personal, documentos de identidad y cualquier otro documento u objeto de propiedad o custodia de la víctima.

k. Prohibir al agresor la realización de cualquier acto de enajenación o gravamen de bienes de su propiedad sujetos a registros si tuviera sociedad conyugal o patrimonial vigente.

El incumplimiento de las medidas de protección dará lugar a las siguientes sanciones

1. Por la primera vez multa entre (2) y (10) salarios mínimos legales mensuales, convertibles en arrestos, a razón de tres días por cada salario mínimo.

2. Si el incumplimiento de las medidas de protección se repitiera en el plazo de dos años, la sanción será de arresto entre 30 y 45 días, sin perjuicio de las consecuencias penales a que haya lugar.

Anotación para garantizar la efectividad de la medida de protección se notifica la presente a la inspección central de policía, al comándate de la estación de policía y a personería municipal, para que garantice lo antes expuesto, contra las medidas de protección inmediata no procede recursos.

El que maltrate física o psicológicamente a cualquier miembro de su núcleo familiar incurrirá, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor, en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años. La pena se aumentará de la mitad a las tres cuartas partes cuando la conducta recaiga sobre un menor, adolescente, una mujer, una persona mayor de sesenta (60) años, o que se encuentre en situación de discapacidad o disminución física, sensorial y psicológica o quien se encuentre en estado de indefensión o en cualquier condición de inferioridad.

	Para finalizar socializó el directorio institucional del municipio, aclaro dudas e inquietudes
PRODUCTOS QUE VALIDAN LA ACTIVIDAD	1 Acta de concertación 2 Acta de ejecución de la jornada 3 Lista de Asistencia 4 Registros fotográficos 5 Cronograma de estrategia de información en salud para conmemorar el día contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR Y APOYO DEL COMPONENTE	 **LILIANA RIVERA VEGA** Profesión: Bacterióloga

Alcaldía de EL PASO NIT. 800.096.992-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

PLANILLA DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES PIC 2024

Fecha: Diciembre 4-24 **Nombre de la actividad:** Foro para conmemorar el día contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados

Nombre del Coordinador: Viviana Rivera Vega

Lugar: Cabecera Municipal - Alcaldía **Código CUPS:** 111202

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																	FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					REINSERTADO	ETNIAS				
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO		INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
1	Lola Mary Guerrero	1122398222	3104726565	X		37					X								X			
2	Luis Primero	77000095	3044512337		V	32					X								X			
3	Vicente Clavijo C.	77172255	3154011760		X	51					X								X			
4	Brideth Palacios Pumarejo	1065941533	3176223030	X		30					X								X			
5	Sandy Beleño Camilo	1003233880	3234417702	X		23				X									X			Sandy Beleño C.
6	Meredith Guerra	49757676	3139203423	X		48					X								X			
7	Romario Valera	1065997184	3116834805		X	28				X									X			
8	Karen V. Moreno Q.	1065998977	3007701898	X		28				X									X			Karen Moreno
9	Carlos Andres Ramos	7065993549	3186239497		X	29					X										X	Carlos Ramos M
10	Luisa Bastidas C.	1066001517	3128546068	X		27				X									X			Luisa Bastidas Castillo.

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.582-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																	FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES				REINSERTADO	ETNIAS		LGBTI	OTRO	
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO		INDIGENA	AFRO			
11	Edinson J. Hojica Hoyos	5015.495	3107177115		X	59					X								X			
12	Nevis M Cadena P	1068346095	3145088557	X		40					X								X			Nevis M Cadena P.
13	Lucy Atencio M.	1119836232	320 829 9963	X		34					X								X			Lucy Atencio M.
14	Rosana Mercado Fabra	1000 532 796	3208745471	X		22				X									X			Rosana Fabra
15	Oscar M. Cisneros	9537.857	3042266937		X	59					X											
16	Walter R Mojica S	77161999	3223761998		X	59					X								X			
17	LUIS F. MENESES U.	8401.589	3008360412		X	51					X								X			
18	Yaneth Yulieth M	33086560	3145319937	X		45					X											Yaneth M.
19	Erika Zambrano A	19709367	3143826550		X	36					X											Erika Zambrano A
20	Germán M	77104903	3176543280		X	44					X				X				X			
21	Nadia Villegas	1065587429	3215908913	X		37					X								X			Nadia Villegas
22	Meryluz Vallejo M.	1065825963	3015636108	X		28				X									X			Meryluz Vallejo M.
23	INDIRA SOFIA C	1026137821	3102495[illegible]4	X		36					X								X		X	INDIRA SOFIA CARRILLO
24	Adriana Vargas	1065994164	3182960141	X		34					X								X			
25	Karolina Gómez	1065998183	3017462508	X		29					X								X			Karolina Gomez

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																		FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES				REINSERTADO	ETNIAS		LGBTI	OTRO	
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO		INDIGENA	AFRO			
26	Merly Rizo Flórez	1065570639	3208116877	✓		38					X								✓			Merly Rizo Flórez
27	RODRIGO VIDAL PAR	72343520	3246390778		✓	39					X								X			
28	Lorena Franco Quiroz	1065633971	3023259430	✓		34					X								X			Lorena Franco
29	Yuleys Arzuaga Vergara	1193524391	3124420560	✓		24				X									X			Yuleys Arzuaga
30	Yuris Mejía G.	1065995032	3013765871	✓		32					X								X			
31	Vanessa Gomez Bayoleth	1065601404	3145451216	✓		34					X											
32	Samantha Ruiz Jiménez	119.758.643	3166177624	✓		25				X									X			Samantha Ruiz Jimenez
33	Gloria Patricia Pión	63501.177	3165330127	X							X											Gloria P Pinto
34	Lizeth Karina Esquivel	1065995574	3215067911	✓		21					X								X			Lizeth Esquivel O.
35	JAIRO SILVA M	1065573093	3234609374		✓	35					X								X			JAIRO SILVA A
36																						
37																						
38																						
39																						

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

REGISTROS FOTOGRAFICOS

Realizar una estrategia de información en salud para conmemorar el día contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados.

LUGAR: Cabecera Municipal "Alcaldía de El Paso "






04/12/2024


04/12/2024

CRONOGRAMA

"EL PASO EN MARCHA CONTRA LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO"

25 DE NOVIEMBRE: Apertura de la campaña. Encuentro conmemorativo "**El Paso en marcha en contra de las violencias de género**"
HORA: 3:00 PM
Punto de encuentro: Corregimiento La Loma CIC Buenos Aires

28 DE NOVIEMBRE: Programa radial "**¡A LA VIOLENCIA LE DECIMOS NO!**" sobre la prevención y rutas de atención para la violencia de género
HORA: 9:00 AM
Punto de encuentro: Calentura Stereo

04 DE DICIEMBRE: FORO INSTITUCIONAL: **HOMBRES EN MARCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GENERO**. Capacitación a funcionarios sobre tipos de violencia y masculinidades responsable
HORA: 9:00 AM
Punto de encuentro: Kiosko Alcaldía Municipal El Paso

04 DE DICIEMBRE: FORO: **UN PASO SIN VIOLENCIAS.** Campaña de sensibilización y visibilización de las violencias basadas en género y rutas de atención
HORA: 2:30 PM
Punto de encuentro: Corregimiento de Cuatro Vientos (Salón comunal)

05 DE DICIEMBRE: FORO: **UN PASO SIN VIOLENCIAS.** Campaña de sensibilización y visibilización de las violencias basadas en género y rutas de atención

El Paso Cesar, septiembre 20 de 2024

RAFAEL JIMENEZ
REPRESENTANTE DEL COLECTIVO LGBTIQ+

ASUNTO: DESARROLLO DE LA CAMPAÑA "EL CESAR EN MARCHA EN CONTRA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO"

Cordial saludo,
¡Bendiciones en cristo Jesús!

Desde la secretaria de salud a través del plan de intervenciones colectivas en articulación con la oficina de gestión social, respetuosamente me dirijo a usted, con el fin de hacerlos participes de la campaña " El Cesar en marcha en contra de las violencia de género", la cual, da inicio el día lunes 25 noviembre y culmina el 10 de diciembre, los 16 días de activismo, tienen como objetivo, la prevención de la violencia en contra de la mujer, para crear conciencia y reflexión frente a esta problemática social.

Teniendo en cuenta su espíritu colaborador y su buena disposición, le solicitamos vinculación del colectivo que usted representa para llevar a cabo un plantón, así mismo, un foro educativo que se estará realizando el día 05 de diciembre.

PLANTÓN
FECHA: 25 DE NOVIEMBRE DE 2024
HORA: 9:00AM
LUGAR: POLIDEPORTIVO DE BUENOS AIRES – CORREGIMIENTO DE LA LOMA CESAR
NOTA: FAVOR AL PLANTÓN LLEVAR CARTELERAS ALUCIVAS A LA TEMÁTICA Y EN LO POSIBLE PRENDA PURPURA

FORO EDUCATIVO
FECHA: 05 DE NOVIEMBRE DE 2024
HORA: 9:00AM
LUGAR: CASA DE LA CULTURA COREGIMIENTO DE LA LOMA

RSO - 20 - NOV 2024
Hora: 4:30 AM

Agradecemos su colaboración

¡Un trabajo articulado por la salud de nuestro Municipio!

Atentamente,

NANCY JUDITH VEGA NUÑEZ
Secretaria de Salud Municipal

Lucy Atencio Mojica

LUCY VICTORIA ATENCIO MOJICA
Coordinadora de Gestión Social

Proyectó:

Luisa Fernanda Bastidas Castillo – Referente Población Vulnerable

Rosana Mercado Fester – Referente de Equidad de Género, Población LGBTIQ+ y Minorías Étnicas

El Paso Cesar, septiembre 20 de 2024

Sra.
HILDA ARRIETA
REPRESENTANTE DE LA RED DE MUJERES

ASUNTO: DESARROLLO DE LA CAMPAÑA "EL CESAR EN MARCHA EN CONTRA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO"

Cordial saludo,
¡Bendiciones en cristo Jesús!

Desde la secretaria de salud a través del plan de intervenciones colectivas en articulación con la oficina de gestión social, respetuosamente me dirijo a usted, respetuosamente me dirijo a usted, con el fin de hacerlos participes de la campaña " El Cesar en marcha en contra de las violencia de género", la cual, da inicio el día lunes 25 noviembre y culmina el 10 de diciembre, los 16 días de activismo, tienen como objetivo, la prevención de la violencia en contra de la mujer, para crear conciencia y reflexión frente a esta problemática social.

Teniendo en cuenta su espíritu colaborador y su buena disposición, le solicitamos vinculación del colectivo que usted representa para llevar a cabo un plantón, así mismo, un foro educativo que se estará realizando el día 05 de diciembre.

PLANTÓN
FECHA: 25 DE NOVIEMBRE DE 2024
HORA: 9:00AM
LUGAR: POLIDEPORTIVO DE BUENOS AIRES – CORREGIMIENTO DE LA LOMA CESAR
NOTA: FAVOR AL PLANTÓN LLEVAR CARTELERAS ALUCIVAS A LA TEMÀTICA Y EN LO POSIBLE PRENDA PURPURA

FORO EDUCATIVO
FECHA: 05 DE NOVIEMBRE DE 2024
HORA: 9:00AM
LUGAR: CASA DE LA CULTURA COREGIMIENTO DE LA LOMA

Agradecemos su colaboración

¡Un trabajo articulado por la salud de nuestro Municipio!

Hilda Victoria Arrieta
50850520
20/11/2024

Atentamente,

Lucy Atencia Matos

El Paso Cesar, septiembre 20 de 2024

Sra.
DELMA BLANCO
COORDINADORA DE HOGARES COMUNITARIOS, TRADICIONALES Y FAMI

ASUNTO: DESARROLLO DE LA CAMPAÑA "EL CESAR EN MARCHA EN CONTRA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO"

Cordial saludo,
¡Bendiciones en cristo Jesús!

Desde la secretaria de salud a través del plan de intervenciones colectivas en articulación con la oficina de gestión social, respetuosamente me dirijo a usted, con el fin de hacerlos partícipes de la campaña " El Cesar en marcha en contra de las violencia de género", la cual, da inicio el día lunes 25 noviembre y culmina el 10 de diciembre, los 16 días de activismo, tienen como objetivo, la prevención de la violencia en contra de la mujer, para crear conciencia y reflexión frente a esta problemática social.

Teniendo en cuenta su espíritu colaborador y su buena disposición, le solicitamos su vinculación para llevar a cabo un plantón, así mismo, los foros educativos que se estarán realizando los días 4 y 5 de diciembre.

PLANTÓN
FECHA: 25 DE NOVIEMBRE DE 2024
HORA: 9:00AM
LUGAR: POLIDEPORTIVO DE BUENOS AIRES – CORREGIMIENTO DE LA LOMA CESAR
NOTA: FAVOR AL PLANTÓN LLEVAR CARTELERAS ALUCIVAS A LA TEMÁTICA Y EN LO POSIBLE PRENDA PURPURA

FORO EDUCATIVO CUATRO VIENTOS
FECHA: 4 DE NOVIEMBRE DE 2024
HORA: 9:00AM
LUGAR: SALON COMUNAL - COREGIMIENTO DE CUATRO VIENTOS

FORO EDUCATIVO LA LOMA
FECHA: 5 DE NOVIEMBRE DE 2024
HORA: 9:00AM
LUGAR: CASA DE LA CULTURA COREGIMIENTO DE LA LOMA

Agradecemos su colaboración

¡Un trabajo articulado por la salud de nuestro Municipio!

Atentamente,

Recibido 20/11/2024. Delma Blanco A. Hc Tarjeta Prof 470

ACTA DE EJECUCIÓN No 3					
EJE ESTRATEGICO	**ATENCION PRIMARIA EN SALUD**				
COMPONENTE	**POBLACION VULNERABLE**				
ACTIVIDAD	Realizar una estrategia de información en salud para conmemorar el dia contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados.				
FECHA Y LUGAR DE EJECUCIÓN	4 de Diciembre Corregimiento La Loma				
POBLACIÓN BENEFICIADA	**Género/Sexo:**	Femenino: 48	Masculino: 5	LGBTI: 0	TOTAL:53
	Población por ciclo vital:	Primera Infancia (0-5): 0	Infancia (6-11): 0	Adolescencia (12-17): 1	TOTAL:53
		Juventud (18-28): 9	Adultez (29 - 59): 38	Vejez (mayor de 60): 5	
	Grupo Vulnerable:	PCD: 0	MCH: 3	Victimas: 3	TOTAL:23
		Desplazado:17	Reinsertado: 0		
	Grupo Étnico:	Indígena: 0	Afro: 20		TOTAL:20
	OTRO:	0		**TOTAL: 0**	
	Unidad de medida	Estrategia de información	**Ámbito territorial**	Rural	
	Línea operativa	Promoción de la salud	**Entorno**	Comunitario	
POBLACIÓN OBJETO	Adolescencia, Juventud, Adultez y Vejez				
RESPONSABLE(S) DE LA ESE	Líder del componente: **LILIANA RIVERA VEGA** Apoyo: Tavianis Rios – Beatriz Acosta				
ACTOR(ES) SOCIAL(ES)	Luisa Bastidas - Referente población vulnerable				
OBJETIVO GENERAL	Realizar un foro sobre la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados con el fin de sensibilizar a la comunidad; promover la prevención y la denuncia de la misma.				
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Con el fin de dar cumplimiento al cronograma de la estrategia de información en salud para conmemorar el dia contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados; en las instalaciones de la casa de cultura del corregimiento de La Loma; se dio inicio al foro sobre la violencia hacia la mujer dirigido a la comunidad en general. La temática estuvo a cargo de la Abogada Jazmín Muñoz comisaria de familia del municipio; usando la metodología de aprendizaje participativo a través de la proyección de un video del corto metraje" El orden de las cosas " y la proyección de diapositivas como material de apoyo. Inicio haciendo referencia al Modelo de atención a las violencias basadas en género y en el contexto familiar haciendo énfasis en la Inclusión social como proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un buen, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad; además sobre el				

respeto de identidad de género y/ orientación sexual donde la persona con identidad de género y/u orientación sexual diversa debe ser nombrada según ella lo desee y no conforme al sexo o nombre que aparece en el documento de identificación. Reconociendo además del nombre contenido en el documento de identificación, el nombre identitario de las personas en las actas y documentos generados en el acceso a la justicia.

Se refirió al marco normativo vigente en Colombia de las violencias basadas en genero e intrafamiliar como son las constitución política (Art 44), Ley 82 de 1993, Ley 294 de 1996, Ley 575 de 2000, Ley 599 de 2000, Ley 906 de 2004, Ley 1098 de 2006, Ley 1257 de 2008, Ley 164 de 2012, Ley 1639 de 2013, Ley 1850 de 2007, Ley 1959de 2019, Ley 1996 de 2019, Ley 2126 de 2021, Ley 2197 de 2022 y el decreto 1069 de 2015.

El código penal en el articulo 229, investigación del delito establece las siguientes penas en el delito de violencia intrafamiliar o basada en genero

a. Siempre la conducta no constituya delito será sancionado con pena en prisión de 4 a 8 años.
b. La pena aumentara de la mitad a las tres cuartas partas cuando la conducta recaiga sobre un menor, adolescente, una mujer, una persona mayor de 60 años, una persona que se encuentre en situación de discapacidad o disminución física, sensorial y psicológica, quien se encuentre en estado de indefensión o condición de inferioridad

Recalcando que la violencia basada en genero es aquella que se ejerce en relaciones de jerarquización entre géneros, a partir de las cuales una persona se siente en superioridad sobre las mujeres o la población con orientación sexual e identidad de género y aprovecha esta condición para maltratar y trangerir. Esta incluye la violencia de pareja (fuera del contexto familiar), el femicidio, la discriminación por prejuicio hacia la orientación sexual o identidad de género y la violencia sexual y la violencia intrafamiliar es cualquier forma de daño o maltrato psicológico, físico, sexual o tratos crueles, degradantes, amenazas o cualquier otra forma de agresión, causada entre miembros de una familia, sean conyugues o compañeros permanentes, padres o madres. Esto incluye el maltrato por descuido a personas de la familia, abandono de adulto/ mayor, el ejercicio arbitrario de custodia de hijo menor de edad y la inasistencia alimentaria

Teniendo en cuenta la ruta de atención a la violencia en el contexto familiar puede denunciar la persona afectada, cualquiera persona que conozca la situación, instituciones educativas (colegios, escuelas, instituciones técnicas, tecnológicas y profesionales) y la comunidad en general (organizaciones sociales y vecinos); denunciando de manera escrita o verbal (si la persona no sabe leer o escribir), de forma anónima, por cualquier persona que conozca la situación de violencia y de oficio por la institución que conozca o identifique el caso y deberá presentarse a más tardar 30 días siguientes a su acaecimiento a la línea 141 del ICBF y a la línea 122 de la Fiscalía.

Se puede denunciar cuando exista

1. Violencia física golpes, tratos crueles, torturas y lesiones
2. Violencia sexual acoso sexual, embarazos forzados, violación, abuso sexual y explotación sexual.
3. Violencia psicológica por ejemplo intimidación, desprecio, chantaje y humillaciones.
4. Violencia económica por ejemplo perdida y retención de objetos, documentos y bienes, con el objetivo de controlar a la persona.
5. Violencia patrimonial por ejemplo la afectación directa de los bienes que hacen parte del patrimonio personal.
6. Violencia vicaria

En caso de ser violentado puede acudir

a. Al sector salud IPS (Hospital Hernando Quintero Blanco- centro materno infantil la loma) donde le brindaran una atención en salud integral a la víctima, recoge evidencias forenses y garantiza la cadena de custodia; acciona y garantiza las medidas de protección y atención requeridas, elabora historia clínica.

b. La Fiscalía general de la nación dirige la investigación penal, asegura que los presuntos agresores acudan ante la ley y vela por la protección de la víctima ofreciendo su atención a través de los centros de atención ciudadana, en la URI: 24 horas todo el año, además en el SAU atienden a víctimas del delito y orientan en alternativas de solución de conflictos y en las CAIVAS y CAVIF donde brindan atención para las víctimas de delitos sexual, y de violencia intrafamiliar.

c. La comisaria garantiza, protege, restablece y repara los derechos de las personas víctimas de violencia en ámbito familiar. Atiende y orienta a menores de edad e integrantes del grupo familiar en el ejercicio y restablecimiento de derechos. Recibe denuncias y adopta medidas de protección en casos de violencia intrafamiliar.

d. Policía nacional (estaciones municipales, departamentales y CAI) recepción denuncias. Protege y asiste a las víctimas, acompañándolas a lugares seguros y protegidos, como instituciones de salud. Apoya a las autoridades en la ejecución de medidas.

e. Personería Municipal promueven los derechos humanos, protege el interés público, la vigilancia y control de las autoridades municipales y las administraciones locales.

Dio a conocer cuales son las actuaciones administrativas con competencia de comisaria de familia ante la violencia de genero e intrafamiliar como son:



Entre las medidas de protección provisional según la ley colombiana se pueden adoptar las siguientes medidas para la protección de las víctimas como son:

Medidas de protección: estas se adoptan de manera inmediata por la autoridad competentes para poner fin o evitar la violencia las cuales son las siguientes:

a) Ordenar al agresor el desalojo de la casa de habitación que comparte con la víctima, siempre que se hubiere probado que su presencia constituye una amenaza para la vida, la integridad física o la salud de cualquiera de los miembros de la familia.

b) Ordenar al agresor abstenerse de penetrar en cualquier lugar donde se encuentre la víctima, cuando a discreción del funcionario dicha limitación resulte necesaria para prevenir que aquél moleste, intimide, amenace o de cualquier otra forma interfiera con la víctima o con los menores, cuya custodia provisional le haya sido adjudicada.

c)Prohibir al agresor esconder o trasladar de la residencia a los niños y personas discapacitadas en situación de indefensión miembros del grupo familiar, sin perjuicio de las acciones penales a que hubiere lugar.

d) Obligación de acudir a un tratamiento reeducativo y terapéutico en una institución pública o privada que ofrezca tales servicios, a costa del agresor cuando éste ya tuviera antecedentes en materia de violencia intrafamiliar.

e) Si fuere necesario, se ordenará al agresor el pago de los gastos médicos, psicológicos y psiquicos que requiera la víctima.

f) Cuando la violencia o maltrato revista gravedad y se tema su repetición el Comisario ordenará una protección temporal especial de la víctima por parte de las autoridades de policía, tanto en su domicilio como en su lugar de trabajo, si lo tuviere.

g) Ordenar a la autoridad de policía previa solicitud de la víctima, el acompañamiento a esta para su reingreso a su lugar de domicilio, cuando se haya visto en la obligación de salir para proteger su seguridad.

h. Decidir provisionalmente el régimen de visitas la guardia y custodia de los hijos se lo hubiere. Decidir quien tendrá a su cargo las cuotas alimentarias

i. Decidir provisionalmente el uso y disfrute de la vivienda familiar.

j. Ordenar al agresor la devolución inmediata de los objetos de uso personal, documentos de identidad y cualquier otro documento u objeto de propiedad o custodia de la víctima.

k. Prohibir al agresor la realización de cualquier acto de enajenación o gravamen de bienes de su propiedad sujetos a registros si tuviera sociedad conyugal o patrimonial vigente.

El incumplimiento de las medidas de protección dará lugar a las siguientes sanciones

1. Por la primera vez multa entre (2) y (10) salarios mínimos legales mensuales, convertibles en arrestos, a razón de tres días por cada salario mínimo.

2. Si el incumplimiento de las medidas de protección se repitiera en el plazo de dos años, la sanción será de arresto entre 30 y 45 días, sin perjuicio de las consecuencias penales a que haya lugar.

Anotación para garantizar la efectividad de la medida de protección se notifica la presente a la inspección central de policía, al comándate de la estación de policía y a personería municipal, para que garantice lo antes expuesto, contra las medidas de protección inmediata no procede recursos.

El que maltrate física o psicológicamente a cualquier miembro de su núcleo familiar incurrirá, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor, en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años. La pena se aumentará de la mitad a las tres cuartas partes cuando la conducta recaiga sobre un menor, adolescente, una mujer, una persona mayor de sesenta (60) años, o que se encuentre en situación de discapacidad o disminución física, sensorial y psicológica o quien se encuentre en estado de indefensión o en cualquier condición de inferioridad.

	Para finalizar socializó el directorio institucional del municipio, aclaro dudas e inquietudes
PRODUCTOS QUE VALIDAN LA ACTIVIDAD	1 Acta de concertación 2 Acta de ejecución de la jornada 3 Lista de Asistencia 4 Registros fotográficos 5 Cronograma de estrategia de información en salud para conmemorar el día contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR Y APOYO DEL COMPONENTE	**LILIANA RIVERA VEGA** Profesión: Bacterióloga

Alcaldía de EL PASO NIT 800.096.592.2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

PLANILLA DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES PIC 2024

Fecha: Diembre 4-24 **Nombre de la actividad:** Foro para conmemorar el dia contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados

Nombre del Coordinador: Liliana Rueo Vargas

Lugar: Corregimiento la Loma **Código CUPS:** 1911202

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																	FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					REINSERTADO	ETNIAS				
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO		INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
1	Doris Rincon	63309266	3162658234	X		62						X										Doris Rincon B.
2	Yessica Morales	1193298724	3135849297	X		27				X						X						Yessica Morales
3	Maria Cabana Conrado	39069117	3179967363	X		49					X					X						Maria Cabana
4	Jenifer Ramirez	49719767	3022796457	X		41					X											Jenifer Ramirez Acosta
5	Sandy Meyer	1064720059	3169232127	Y		29					X											Sandy Meyer
6	DARLY Hamond	1050918958	3216855880	Y		29					X					X						DHG
7	Luz ont Meyer	25234866	3135790611	X		53					X											Luz ont Meyer
8	Anajulia Gonzale	1067808822	3172973742	X		37					X					X						ANAJULIA
9	Yandris Mendez	1234858369	3232452108	X		27				X												Yandris Mendez
10	ARLEIDYS CADENA	1065985485	3161098197	X		26				X										X		ARLEIDYS CADENA

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO NIT 800.096.592.2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																		FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES						ETNIAS				
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO	REINSERTADO	INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
11	JORGE LUIS Barboza	17975990	3117026717		X	46					X								X			Jorge Luis Barboza
12	Everlides Orozco	57380076	3185348259	X		62						X				X						Everlides Orozco
13	Juana Larios	42465141	3178128186	X		59					X								X			Juana Larios
14	Johana arita	1121301428	3153174668	X		31					X								X			Johana arita P
15	Jaiors maestre	9387510	3176136	X		49					X								X			Jaiors maestre
16	Marinela Carvajo D	52822496	3158080089	X		41					X								X			Marinela carvajo D.
17	Martha Esteban	36.370640	3108170337	X		56					X								X			Martha E
18	Sara L Rojas	1065987059	3152582479	X		38					X					X						Sara L R
19	Edilsa ortega	49.772041	3145599524	X		58					X											Edilsa
20	Marta palacios	26917569	3168389287	X		47					X											Marta Palacios
21	Jacinta Lopez	49758196	3207162026	X		53					X											Jacinta Lopez
22	DOUIS Maiu	1003251465	3185969727	X		38					X											DOUIS Maiu Pana
23	Margarita Mugas	40937649	3127863302	X		43					X											
24	Celen Fuentes	57428223	3218448641	X		57					X	D										Celen Fuentes
25	Cristina Medina	36677257	3118849457	X		49					X								X			Cristina M3

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.992-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																		FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES				REINSERTADO	ETNIAS		LGBTI	OTRO	
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO		INDIGENA	AFRO			
26	Yarlis Mendoza	39462612	3177558935	X		40					X					X						Yarlis Mendoza
27	Ypre Peña	50975117	3106356479	X		48					X					X			X			Ypre Peña.
28	José Garcia	12440458	3146423258		X	82						X				X						José Efraín Garcia Pava
29	Adriana Hesa	1006888082	3218410784	X		26				X						X						Adriana Hesa
30	Damaris Fegle	49.717.950	3022942768	X		41					X					X						Dumaris Fregle.
31	Francelen Chacon	1072533271	3105081888	X		38					X											~~FALTA~~
32	Amelina Duran	22645236	8162484469	X		46					X					X			X			Amelina Duran 8
33	Osmane Fuentes	1065996473	3187759338		X	34					X					X			X			osmane Fuentes 20
34	Marlenes Rojas	36678603	3106246870	X		61						X				X			X			marlenes Rojas P
35	Yasmine Arias Rojas	36572823	3155614752	X		49					X			X					X			
36	Josefina Guerrero	49553014	3161140415	X		57					X					X						Josefina Guerrero
37	Maite Cipriano	1064708802	3161140415	X		19				X				X		X						Maite Cipriano
38	Yandris Mendoza	1234338369	3232452108	X		27				X												Yandris Mendoza
39	Lorena Defensor	1067710568	3106485880	X		38					X					X			X			Lorena Defensor

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																		FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					REINSERTADO	ETNIAS			
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO		INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
40	tomasa Hernandez	1065983861	3152582999	X		19				X									X			tomasa Hernandez
41	Molina Maria José	1003275548	3028035451	X		25					X								X			Maria José Molina Quintana
42	Ana Cristina R.B	1047451776	3016149942	X		32					X								X			Ana Cristina Rodriguez.
43	RAFAEL JIMENEZ	1118533356	3216771064		X	29					X				X				X	X		
44	Yenys Beatriz Rojas	57402926	3124675649	X		03						X			X							
45	Liliana Rojas	1065572300	3176815065	X		39					X											Liliana Rojas
46	YIRLEY ROMO J	1068390760	3176867852	X		27				X												YIRLEY ROMO JARABA
47	María josé TOHello Chirino	1065850626	3215756771	X		25				X					X				X	X		Mª josé TOHello.
48	Yarelys Colina	25778415	3233140159	✓		31					X			X								
49	Yazmin Rodriguez	1125106135	3217735040	X		17			X												X	Yazmin Rodriguez
50	Diana Merino	49645095	3183630461	X		39					X										X	Diana Merino
51	Leider Rios	1067590431	3136452148		X	27					X											Leider Rios
52	Yennys Romero	1064792947	3166226024	X		34					X								X			Yennys Romero.
53	Yolanda Perez	1063950788	3235213485	X		43					X											Yolanda Perez

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

PLANILLA DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES PIC 2024

Fecha: _____ **Nombre de la actividad:** Foro para conmemorar el día contra la violencia hacia la mujer en los micro territorios priorizados

Nombre del Coordinador: Liliana Rivera Vega

Lugar: Cuatro Vientos. **Código CUPS:** 110201

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																		FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					REINSERTADO	ETNIAS		LGBTI	OTRO	
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO			INDIGENA	AFRO			
1	Omar Esteven Pitre	1003529934	3008837[illegible]		X	27				X										X			
2	Kelly Tatiana Tarazona	1095775217	3122764679	✓		32					X									✓			
3	Eddy Mayorga	1064808533	3122002[illegible]		✓	42					X									✓			
4	Saudith Diaz	1065625198	3206347[illegible]	✓		34					X									✓			Saudith Diaz
5	Orviana Uricia	1065998231	3016161110	✓		29					X									✓			Orviana Uricia
6	Lisel de la Hoz	1044800930	3116350469	✓		35					X									✓			Lisel de la Hoz
7	Meily Rodriguez	52965156	3205902[illegible]	X		47					X												Meily.
8	Silvia Silvia Acevedo	40923288	3023408179	X		55					X									✓			
9	Maryorith Arevalo	1003398219	3170837689	X		22				X										✓			
10	Yesenia Padilla	63528381	3209[illegible]56	X		42					X									✓			

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

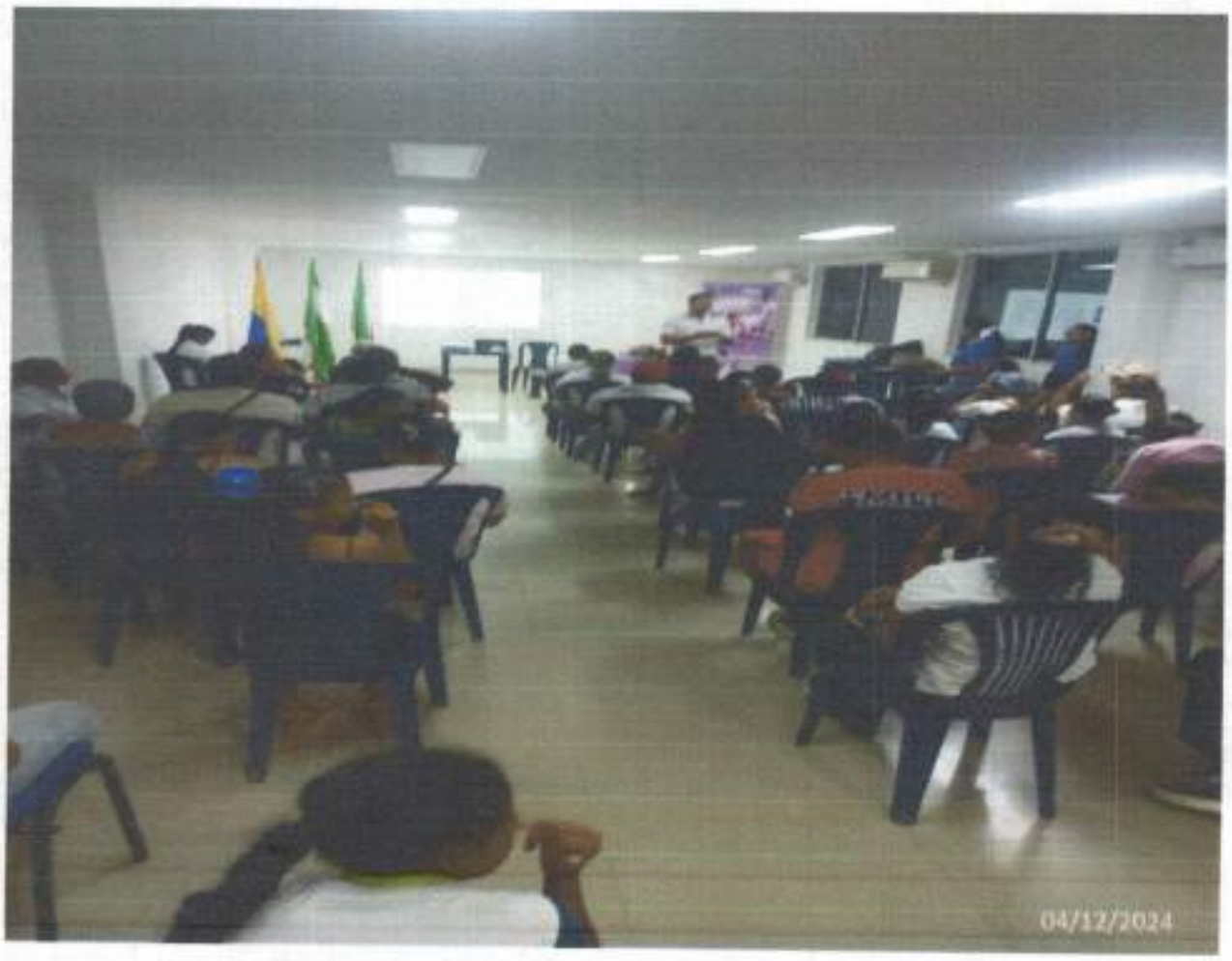
REGISTROS FOTOGRAFICOS
REALIZAR UNA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA CONMEMORAR EL DÍA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER EN LOS MICRO TERRITORIOS PRIORIZADOS.

LUGAR: Corregimiento La Loma "Casa de la cultura "






04/12/2024


04/12/2024

CRONOGRAMA

"EL PASO EN MARCHA CONTRA LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO"

25 DE NOVIEMBRE: Apertura de la campaña. Encuentro conmemorativo "**El Paso en marcha en contra de las violencias de género**"

HORA: 3:00 PM

Punto de encuentro: Corregimiento La Loma CIC Buenos Aires

28 DE NOVIEMBRE: Programa radial "**¡A LA VIOLENCIA LE DECIMOS NO!**" sobre la prevención y rutas de atención para la violencia de género

HORA: 9:00 AM

Punto de encuentro: Calentura Stereo

04 DE DICIEMBRE: FORO INSTITUCIONAL: **HOMBRES EN MARCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GENERO**. Capacitación a funcionarios sobre tipos de violencia y masculinidades responsable

HORA: 9:00 AM

Punto de encuentro: Kiosko Alcaldía Municipal El Paso

04 DE DICIEMBRE: FORO: **UN PASO SIN VIOLENCIAS.** Campaña de sensibilización y visibilización de las violencias basadas en género y rutas de atención

HORA: 2:30 PM

Punto de encuentro: Corregimiento de Cuatro Vientos (Salón comunal)

05 DE DICIEMBRE: FORO: **UN PASO SIN VIOLENCIAS.** Campaña de sensibilización y visibilización de las violencias basadas en género y rutas de atención

HORA: 9:00 AM

Punto de encuentro: Corregimiento La Loma Casa de la cultura

Realizar jornada de información en salud para conmemoración de la semana de discapacidad, en los micro territorios priorizados, de acuerdo a lineamientos departamentales.

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

El Paso Cesar, 25 de Noviembre de 2024

Dra
LUISA BASTIDAS CASTILLO
Referente población vulnerable y discapacitada
Alcaldía municipal
E. S. M

ASUNTO: Realizar jornada de información en salud para conmemoración de la semana de discapacidad, en los micro territorios priorizados, de acuerdo a lineamientos Departamentales.

Atento saludo,

Teniendo en cuenta su actitud proactiva, espíritu colaborador y atendiendo a sus competencias, solicitamos nos brinde acompañamiento, con la población del barrio que usted representa para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) vigencia 2024, en el cual se priorizan acciones para la comunidad.

A continuación, menciono las actividades las cuales se quieren desarrollar:

- Realizar jornada de información en salud para conmemoración de la semana de discapacidad, en los micro territorios priorizados, de acuerdo a lineamientos Departamentales.

FECHA: 03 Diciembre -2024
LUGAR: Cabecera Municipal Escuela Santa Rosa de Lima
HORA: 9:00 am

Gracias por su colaboración y disposición de ayuda.

Recibí
Luisa Bastidas C.
27 - Noviembre - 2024.

LILIANA RIVERA VEGA
Profesión: Bacterióloga
Dimensión: Población Vulnerable

Alcaldía de EL PASO NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL HERNANDO QUINTERO BLANCO

ACTA DE EJECUCIÓN No 1					
EJE ESTRATEGICO	**ATENCION PRIMARIA EN SALUD**				
COMPONENTE	**POBLACION VULNERABLE**				
ACTIVIDAD	Realizar jornada de información en salud para conmemoración de la semana de discapacidad, en los micro territorios priorizados, de acuerdo a lineamientos departamentales.				
FECHA Y LUGAR DE EJECUCIÓN	3 de Diciembre Cabecera Municipal				
POBLACIÓN BENEFICIADA	**Género/Sexo:**	Femenino: 41	Masculino: 26	LGBTI: 0	TOTAL: 67
	Población por ciclo vital:	Primera Infancia (0-5): 0	Infancia (6-11): 2	Adolescencia (12-17):4	TOTAL: 67
		Juventud (18-28): 7	Adultez (29 - 59): 33	Vejez (mayor de 60): 21	
	Grupo Vulnerable:	PCD: 21	MCH: 0	Víctimas: 0	TOTAL: 4
		Desplazado: 4	Reinsertado: 0		
	Grupo Étnico:	Indígena: 0	Afro: 67		TOTAL: 67
	OTRO:			**TOTAL: 0**	
	Unidad de medida	Jornada de Información	**Ámbito territorial**	Urbano	
	Línea operativa	Promoción de la salud	**Entorno**	Comunitario	
POBLACIÓN OBJETO	Infancia, Adolescencia, Adultez.				
RESPONSABLE(S) DE LA ESE	Líder de la componente: **LILIANA RIVERA VEGA** Apoyo: Katherine Payares – Claudia Robles - Tavianis Rios – Beatriz Acosta - Maria José Ochoa- Lida Xiomara Nieto – Yeimis Martínez Nieto				
ACTOR(ES) SOCIAL(ES)	Luisa Bastidas Castillo – Referente población vulnerable y discapacitada				
OBJETIVO GENERAL	Sensibilizar a la comunidad sobre los derechos y necesidades de las personas con discapacidad a través de la promoción, la inclusión y participación activa de las personas con discapacidad en la sociedad.				
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	En la cabecera Municipal en las instalaciones de la escuela Santa Rosa de Lima se dio inicio a la gran celebración de "Las personas con discapacidad"; con el fin de sensibilizar a la comunidad sobre los derechos y necesidades de las personas con discapacidad promoviendo la inclusión y participación activa de las mismas. Familias Con el objetivo de promover los derechos y el bienestar de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la sociedad, así como concienciar sobre su situación en todos los aspectos de la vida. Con el fin de ratificar el compromiso de proteger los derechos la primera Gestora, grupo de gestión social, Secretaria de Salud Municipal, Gerencia y equipo PIC Hospital Hernando Quintero Blanco, se unieron para conmemorar con el siguiente orden del dia:				

	1. Misa de acción de gracia 2. Palabras de bienvenida a cargo de primera gestora Angela Barros 3. Palabras de bienvenida a cargo de la Secretaria de Salud 4. Palabras de bienvenida a cargo de la Gerente Hospital Hernando Quintero Blanco 5. Presentación y reconocimiento a los candidatos del comité municipal de personas con discapacidad • Jorge Eliecer Marriaga representante de discapacidad física por su dedicación, valentía y resiliencia. • Zenith Alfaro torres representante de discapacidad visual, por su valentía, compromiso, resiliencia y tenacidad. • Elizabeth Paola cervantes Tobías representante de discapacidad múltiple, por su valentía, resiliencia, empatía y buena disposición. • Ismael camilo Martínez galindo, discapacidad auditiva, por su proactividad vocación de servicio, resiliencia y buena actitud. • Arturo Gabriel Mojica correa, discapacidad cognitiva, por su empatía, compromiso, buena disposición y valentía 6. Entregas de ayudas técnicas a Genel Duran Peinado y Hugo Molina Manjarrez. 7. Baile tambora a cargo de Cesar Botero. 8. Charla motivacional a cargo de Omar Gutiérrez, sociólogo de la secretaria de gobierno 9. Muestra de canto. 10. Pinta con amor (Pintatón) piezas con yeso 11. Merienda nutricional. 12. Marcha final.
PRODUCTOS QUE VALIDAN LA ACTIVIDAD	1 Acta de concertación 2 Acta de ejecución de la jornada 3 Lista de Asistencia 4 Registros fotográficos
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR Y APOYO DEL COMPONENTE	**LILIANA RIVERA VEGA** Profesión: Bacterióloga

Alcaldía de EL PASO NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL HERMANOS QUINTERO BLANCO

PLANILLA DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES PIC 2024

Fecha: Diembre 3-4 **Nombre de la actividad:** Realizar una jornada de información en salud conmemorar la semana de discapacidad, en los microterritorios priorizados, de acuerdo a lineamientos departamentales. **Nombre del Coordinador:** _____

Lugar: Cabecera Municipal **Código CUPS:** 130001

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																	FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					ETNIAS				
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO	REINSERTADO	INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
1	Eliza ramos	49757098	3135779414	X		73						X							X			Elsa Ramos
2	maleris Ramos	42401520	3135779414	X		48					X		X						X			
3	Luz marina Ramos	1.065.783.448	3135779414	X		44					X		X						X			
4	Aguilar Gustavo	1.003.253.255	3135779414		X	39					X		X						X			
5	Luz milagros Yaguna		No Registra	X		53					X								X			
6	maria teran salas	2673461	3225458026	X		60						X							X			
7	Jorge maria da	12686959	3225458026		X	56					X								X			
8	Zenith Alfaro flores	49687313	3166291879	X		69						X							X			
9	Zenith Campo Duran	49757834	3015314871	X		47					X								X			
10	Moises Campo martinez	1065983284	3015314871		X	20				X			X						X			

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.392-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																		FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					REINSERTADO	ETNIAS		LGBTI	OTRO	
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO			INDIGENA	AFRO			
11	ana luz Daxy	43649515	3137745374	x		59						x								x			ana luz dariadriguez
12	Astrid moreno	1061815282	3215328890	x		13			x											x			Astrid moreno
13	iveth fiore7	1003252838	3215328890	x		33					x									x			iveth fiore7
14	Holner Morales	1193037295	3002858630		x	34					x									x			
15	Genova Angulo	1065983034	3002858630	x		20				x										x			Genova A.
16	Beatriz Ruzzia	1065993812	3128318796	x		33					x									x			
17	Pedro Gonzales	1065998350	3128318796		x	11		x				x	x							x			Pedro
18	Josefina de la cruz	1035860554	3172579356	x		32					x									x			Josefina De la Cruz
19	Frank bermudez	1063966.666	3238414467		x	29					x		x							x			Frank
20	Faustina Campo	26735565	3004695479	x		96					x	x	x							x			
21	Rosa Hernandez	36553630	3004695479	x		63						x								x			Rosa Hernández O.
22	Hugo Molina	77707932	3148308269		x	61						x	x							x			
23	Marles Molina	49775940	3148308269	x		49					x									x			Hamilton Rodriguez
24	Elvia Rosa Duran Ludo	106693932	3157927482	x		33					x									x			Elvia L Duran
25	Ismael Rodriguez	1065996614	3157927488		x	12			x											x			Ismael Rodriguez

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																		FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					REINSERTADO	ETNIAS		LGBTI	OTRO	
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO			INDIGENA	AFRO			
26	Yaneth. Blanco	52092892	3135713215	X		52					X									X			Yaneth Blanco
27	Hector ochoa	5158844	3135013215		X	78						X	X							X			
28	Nayis Ropalino	26736861	No Registra	X		40					X									X			Nayis Ropalino
29	Eloiter Campo	5015409	3233107698		X	73						X								X			Eloyter campo silva
30	Yenis Chacon	26736820	3112651994	X		59					X									X			Yenis Chacon
31	Felix mojica	1065925369	3162261905		X	25				X										X			
32	Maria Manjarez	1065985683	3207142789	X		20				X										X			Maria Manjarez
33	Mainer Villalobos	1065997394	3107854374		X	12			X				X				X			X			Mainer Jose Villalobos
34	Esperanza Sanchez	1063961412	3107854374	X		35					X									X			Esperanza Sanchez R.
35	Mariabell. Quintero	26736917	3159442562	X		58					X						X			X			Maria Quintero
36	Manuel Castellar	5093866	3153448572		X	61						X	X				X			X			
37	Geral duran Peinado	77161993	3233263564		X	56					X		X				X			X			
38	Enis Johana MP	49607440	3233263564	X		44					X									X			Enis Johana MP
39	Martin lopez	5.015.619	3233265641		X	70						X	X							X			

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:5-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																	FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					ETNIAS			
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO	REINSERTADO	INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
40	Jose Castillo	1065975775	3052780183	X	X	32					X								X			
41	Ismael Martinez	77.000196	3114122020		X	61						X	X						X			
42	Manuel melo.	77.005681	3135568989		X	66						X							X			
43	Gustavo melo	77000115	3135568184		X	41					X		X						X			
44	Carlos Baena Mejia	77101755	3122961420		X	64						X	X						X			
45	Ana C. Correo Villalobos	26736311	3114332752	X		77						X							X			
46	Artura J. Mojica C.	77162434	3114332752		X	52					X		X						X			
47	Gilma Linares	26733713	3043786286	X		68						X							X			
48	Anahis Manjarrez	1066000128	3043786286	X		9		X											X			
49	Enaidit Angulo S.	26736816	3103673728	X		61						X							X			
50	Luz E. Piñeres A.	49757719	3103673728	X		56					X		X						X			
51	Denis Ortega	49757162	3134017385	X		59					X								X			
52	Leonel E. Cumacho	1065985326	3134017385		X	18				X			X						X			
53	Yonei I. Blanco	49758423	3137179811	X		45					X								X			

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																	FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					ETNIAS				
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO	REINSERTADO	INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
54	Cecilia Navarro	26783386	3137191811	X		87						X							X			.
55	Carme A. Torrez M.	26736156	3152445488	X		75						X							X			Carmen A Torres Moñaz
56	Naudys Ochoa	49757315	3145505125	X		52					X								X			Naudis Ochoa Torres
57	Jose J. Maestre D.	1065982770	3233295508		X	37					X								X			.
58	Luis R. Guerra L.	77161818	3227623863		X	58					X								X			Luis Guerra
58	Yesenia M. Tobias	49595892	3008753024	X		45					X								X			Yesenia Tobias.
60	Elizabeth Cervantes	1192896574	3008753024	X		26				X									X			.
61	Ginapaola Lopez	47463532	3025823975	X		38					X								X			
62	Angelina Martinez	1066986747	3025823975	X		17			X										X			Angelina Lopez
63	Aida M. Hernandez	1065660881	3188967159	X		30				X			X						X			
64	Livia Nunez	26733499	3188967159	X		74						X							X			Livia Nunez
65	Edwin Navarro Rojas	1065612181	3145948741		X	35					X								X			
66	Carlos Martinez	5150 46	No Registra		X	81						X							X			.
67	Cielo Martinez R	49757504	3103625689	X		57					X		X						X			Cielo Martinez

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

REGISTROS FOTOGRAFICOS

REALIZAR JORNADA DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA CONMEMORACIÓN DE LA SEMANA DE DISCAPACIDAD, EN LOS MICRO TERRITORIOS PRIORIZADOS, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DEPARTAMENTALES.

LUGAR: Cabecera Municipal "Escuela Santa Rosa de Lima "






03/12/2024


03/12/2024


2023
03/12/2024


03/12/2024

COMPONENTE POBLACIONES VULNERABLES

LILIANA RIVERA VEGA

DICIEMBRE 2024

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

El Paso Cesar, 30 de Octubre de 2024

Dra
LUISA BASTIDAS CASTILLO
Referente población vulnerable y discapacitada
Alcaldía municipal
E. S. M

ASUNTO: Realizar 150 visita domiciliaria de información en salud para sensibilizar en el entorno hogar a familias con integrantes en condición de discapacidad para conferir orientación sobre trato diferencial y verificar condiciones generales de salud, en los micro territorios priorizados.

Atento saludo,

Teniendo en cuenta su actitud proactiva, espíritu colaborador y atendiendo a sus competencias, solicitamos nos brinde acompañamiento, con la población del barrio que usted representa para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) vigencia 2024, en el cual se priorizan acciones para la comunidad.

A continuación, menciono las actividades las cuales se quieren desarrollar:

- Realizar 150 visita domiciliaria de información en salud para sensibilizar en el entorno hogar a familias con integrantes en condición de discapacidad para conferir orientación sobre trato diferencial y verificar condiciones generales de salud, en los micro territorios priorizados.

FECHA: 01 DE NOVIEMBRE AL 15 DE DICIEMBRE 2024
LUGAR: Cabecera Municipal, -Corregimiento La Loma- Corregimiento Cuatro Vientos
HORA: 8:00 Am

Gracias por su colaboración y disposición de ayuda.

Recibí
Luisa Bastidas C.
30 - octubre - 2024.

LILIANA RIVERA VEGA
Profesión: Bacterióloga
Dimensión: Población Vulnerable

Alcaldía de EL PASO
NIT 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

ACTA DE EJECUCIÓN No 2					
EJE ESTRATEGICO	**ATENCION PRIMARIA EN SALUD**				
COMPONENTE	**POBLACION VULNERABLE**				
ACTIVIDAD	Realizar 150 visita domiciliaria de información en salud para sensibilizar en el entorno hogar a familias con integrantes en condición de discapacidad para conferir orientación sobre trato diferencial y verificar condiciones generales de salud, en los micro territorios priorizados.				
FECHA Y LUGAR DE EJECUCIÓN	Diciembre - Corregimiento La Loma				
POBLACIÓN BENEFICIADA	**Género/Sexo:**	Femenino: 19	Masculino: 31	LGBTI: 0	TOTAL:50
	Población por ciclo vital:	Primera Infancia (0-5):0	Infancia (6-11): 0	Adolescencia (12-17): 1	TOTAL:50
		Juventud (18-28): 0	Adultez (29 - 59): 4	Vejez (mayor de 60): 45	
	Grupo Vulnerable:	PCD: 50	MCH: 0	Víctimas: 0	TOTAL: 1
		Desplazado: 1	Reinsertado: 0		
	Grupo Étnico:	Indígena: 0	Afro: 50		TOTAL:50
	OTRO:			**TOTAL: 0**	
	Unidad de medida	Visita domiciliaria	**Ámbito territorial**	Rural	
	Linea operativa	Promoción de la salud	**Entorno**	Comunitario	
POBLACIÓN OBJETO	Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adultez y Vejez con discapacitad.				
RESPONSABLE(S) DE LA ESE	Líder de la componente: **LILIANA RIVERA VEGA** Apoyo: Miyenifer Ochoa Meza				
ACTOR(ES) SOCIAL(ES)	Luisa Bastidas Castillo - Referente población vulnerable y discapacitada				
OBJETIVO GENERAL	Proporcionar orientación a las familias de las personas sobre el trato diferencial hacia personas con discapacidad y verificar las condiciones generales de salud en que estos se encuentran; con el fin de realizar un diagnóstico que nos permita brindar orientación y asesoramiento a los familiares sobre los cuidados específicos, manejo de medicamentos (si aplica) y adaptaciones necesarias en el hogar para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.				

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	Esta actividad se llevó a cabo en el corregimiento de Cuatro Vientos a través de la implementación de una encuesta diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad (ver anexo 1) implementando la estrategia visita domiciliaria donde el informante era una persona mayor de 18 años de edad que nos permitiera responder las peguntas de forma correcta y además poderlo capacitar sobre trato diferencial, importancia de la rehabilitación, el apoyo comunitario, implementando la estrategia de RBC; en los micro territorios donde hay una alta concentración de personas con discapacidad que puedan beneficiarse de la estrategia. Promoviendo la inclusión y participación activa de las personas con discapacidad en sus comunidades.

La encuesta se realizó a 50 personas con discapacidad arrojando que el 62% de los encuestados son hombres siendo mayoria y el 38% restantes son mujeres; donde el 100% de encuestados están ubicados en el centro poblado en los barrios como son El cañaguate, 15 de mayo, primero la gente, nuevo amanecer, betel, la feria, santo templo, betel, las vacas, nuevo amanecer, 8 de diciembre, la granja, primero de abril, centro, caracoles, puente seco, alamo y buenos aires como denota la tabla No 1.

Tabla No 1

No DE PERSONAS DISCAPACITADAS ENCUESTADAS	HOMBRE	MUJER
CENTROS POBLADOS Y RURAL DISPERSO	31	19
TOTAL	**62**	**38**

Fuente: Consolidado de las encuestas a discapacitados

El 96% viven en una casa, el 2% en otro tipo de vivienda y el 2% restante en un cuarto; el 100% pertenecen al estrato 1 y sus viviendas son según su condición propia, de un familiar sin pagar arriendo o arrendado, arriendo o subarriendo u otra condición.

Tabla 2

POBLACION DISCAPACITADA POR GRUPO ETAREO	RURAL DISPERSO	%
0 a 5	0	0
6 a 11 años	0	0
12 a 17 años	1	2
18 a 28 años	0	0
29 a 59 años	4	8
mayores de 60 años	45	90

Fuente: Consolidado de las encuestas a discapacitados

Teniendo en cuenta la mayoría de las personas con discapacidad el 90% se encuentran agrupadas entre los grupos de edad mayores de 60 años, seguido de 29 a 59 años en un 8%, y un 2% de 12 a 17 años. A medida que aumenta la edad, el porcentaje de personas con discapacidad aumenta como proporción del total de personas por cada grupo.

Cabe resaltar que el 100% de los encuestados de acuerdo a sus costumbres y tradiciones se consideran afrocolombianos; un 60% de las personas discapacitadas viven acompañadas y el 40% viven solos; el 8% tiene personas su cargo menor de 10 años y mayores de 60 años. Además, el 46% no son beneficiarios de ningún programa de hogar sustituto, comunitario, infantil, club juvenil u otro programa de bienestar y el 54% pertenecen a otro programa de bienestar.

Tabla 3

CONDICION DE SALUD	No DE PERSONAS DISCAPACITADAS	%
LOS OJOS	32	62
EL MOVIMIENTO DEL CUERPO	10	20
SISTEMA NERVIOSO	5	10
OIDOS	2	4
EL SISTEMA CARDIORESPIRATORIO, LAS DEFENSAS	2	4
TOTAL	51	100

Fuente: Consolidado de las encuestas a discapacitados

Según la tabla No 3 las tres principales afectaciones que generan mayor dificultad en las personas con discapacidad son Los ojos (62%%) con los siguientes diagnósticos Perdida de la vista y Leucoma; seguida perdida del movimiento del cuerpo (202%) como fractura de mano, poliomielitis y Parkinson. Por ultima la afección del sistema nervioso (10%) ocasionando diagnósticos psiquiátricos, Retardo mental y Parkinson.

Tabla 4

EN QUE CATEGORIA ESTA SU DIFICULTAD	No	%
SENSORIAL VISUAL	31	61
MOVILIDAD	15	29
MENTAL COGNITIVO	2	4
SENSORIAL AUDITIVO	2	4
SISTEMICO	1	2
TOTAL	**51**	**100**

Fuente: Consolidado de las encuestas a discapacitados

Entre las actividades que generan mayor dificultad a las personas con discapacidad son Percibir la luz, distinguir objetos o personas (64%); Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón - llevar, mover, utilizar objetos con las manos (20%) y por último la actividad caminar, correr, saltar (6%).

Cuando nos referíamos a que lugares de su vivienda encontraban barreras que le impidieran desarrollar sus actividades diarias; el 100% manifestaron no tener ninguna barrera en su vivienda.

El 66% no saben cuál es el origen de su discapacidad y el 44% restante saben cuál fue el origen de su discapacidad manifestando que era consecuencia de un accidente, condiciones de salud de la madre durante el embarazo, accidente, enfermedad general, enfermedad profesional, alteración genética hereditaria.

Tabla 5

SU CONDICION DE SALUD FUE DIAGNOSTICADA		HAN RECIBIDO ORIENTACION SOBRE EL MANEJO DE LA DISCAPACIDAD		LE HAN ORDENADO USAR			
SI	NO	SI	NO	AYUDAS TECNICAS	MEDICAMENTOS	PROTESIS	NIGUNA
58%	42%	8%	92%	42%	32%	2%	24%

Fuente: Consolidado de las encuestas a discapacitados

La tabla No 5 muestra que el 58 % de los discapacitados tiene diagnóstico y el 42% no tiene un diagnóstico de su condición. El 8 % han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad y el 92% no. Al revisar si le han ordenado ayudas técnicas se notó que el 42% le han ordenado ayudas técnicas, el 32% medicamentos y el 24% no le han ordena ninguna. El 92% de las personas encuestadas no requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar actividades de su vida diaria.

Han sido remitidos a los siguientes servicios de rehabilitación como son Fonoaudiología, Fisioterapia, Medicina física y de rehabilitación, Psiquiatría y otro tipo de rehabilitación. La gran mayoría no han podido recibir esos servicios debido a que no han sido autorizados por el prestador, falta de dinero, cree que no lo necesita, lejanía del prestador y cabe resaltar que el municipio no cuenta con un sitio para la rehabilitación.

Las mayores brechas del nivel educativo entre la población con y sin discapacidad, se registran entre quienes no tienen ningún nivel educativo y en los niveles básica primaria y media. El 66% de las personas discapacitadas saben leer y escribir y el 44% restante si saben.

Y para finalizar el 90% presenta incapacidad permanente para trabajar, el 4 % trabaja, otro 4% realiza actividades de autoconsumo y el 2% restante estudia.

PRODUCTOS QUE VALIDAN LA ACTIVIDAD

1 Acta de concertación
2 Acta de ejecución de la jornada
3 Lista de Asistencia
4 Anexo 1
5 Encuestas diligenciadas
6 Consolidado de las encuestas a discapacitados (Adjunto Archivo en Excel)
7 Registros fotográficos

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR Y APOYO DEL COMPONENTE

LILIANA RIVERA VEGA
Profesión: Bacterióloga
Componente: Población Vulnerable

Alcaldía de
EL PASO
NIT. 900.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

REGISTROS FOTOGRAFICOS

REALIZAR 150 VISITA DOMICILIARIA DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA SENSIBILIZAR EN EL ENTORNO HOGAR A FAMILIAS CON INTEGRANTES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD PARA CONFERIR ORIENTACIÓN SOBRE TRATO DIFERENCIAL Y VERIFICAR CONDICIONES GENERALES DE SALUD, EN LOS MICRO TERRITORIOS PRIORIZADOS.

LUGAR: Corregimiento La Loma






09/12/2024


09/12/2024

Alcaldía de
EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO





Alcaldía de EL PASO NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

PLANILLA DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES PIC 2024

Fecha: Diembre - 24 **Nombre de la actividad:** Realizar 5 jornada de visita domiciliaria de información en salud para sensibilizar en el entorno hogar a familias con integrantes en condición de discapacidad para conferir orientación sobre trato diferencial y verificar condiciones generales de salud, en los micro territorios priorizados. **Nombre del Coordinador:** _____

Lugar: Corregimiento la Loma **Código CUPS:** 110607

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES				REINSERTADO	ETNIAS		LGBTI	OTRO	
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO		INDIGENA	AFRO			
1	Fernando Romero Bolivas	3771273	3126036367		X	70						X	X						X			
2	Jose Efrain Garcia Guerra	12440458	3145423258		X	82						X	X			X			X			x Jose Efrain Garcia Guerra
3	Manuela Isabel Morales Delgado	49554912	3146237876	X		74						X	X						X			
4	Edilma Esther Cordoba Rivera	26733629	3134684441	X		64						X	X						X			x Emilsa Cordoba
5	Alcira Benavides Bolaños	36620902	3142645839	X		62						X	X						X			
6	Angel Daniel Valle Daza	12395846	3189177687		X	72						X	X						X			x Angel Daniel Valle
7	Julio Cesar Fertuz Sarmiento	18936323	3117477000		X	67						X	X						X			x Julio C. Fertuz
8	Julia Isabel Arrieta Berrio	49685559	3187569143	X		72						X	X						X			x Julia Arrieta
9	Cirnaco Parra	12500537	3126179231		X	79						X	X						X			Cirnaco Parra
10	Julio Rafael Gomez Ospino	6690206	3168675484		X	89						X	X						X			

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																	FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES				REINSERTADO	ETNIAS		LGBTI	OTRO	
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO		INDIGENA	AFRO			
11	Rubén Alfonso Molina	12724349			1	67						X	X						X			
12	Juana J Hernandez	26736814	3216552760	X		64						X	X						X			Juana HS
13	Ana colombia	49740112	3113548176	X		60						X	X						X			Ana meriño
14	Gladis · Guzman	49.597832	3187887621	X		65						X	X						X			Gladys Guzman
15	Victor Contillo.	1063947526	3181887621		X	71						X	X									*Victor Contillo
16	ROSA M. perez.	49734844	3213627280	X		61						X	X						X			Rosa Maria Perez Liñan
17	Gino Johana Rivera	49606733	3218627280	X		43					X		X						X			Yina Yohana Rivera Pérez
18	Julia Ortega Zarate	36.710.981	3135127237	X		63						X	X						X			• Julia Ortega Z
19	Jose Virgilio Cardenas Robles	12547706	3170467334		X	70						X	X						X			
20	Julio Cesar Monroy	2461867	31136350 2		X	73						Y	X						X			Julio Cesar Monroy Pedroza
21	Demetria Fuente.	26.736.520	3173364545	X		68						X	X						X			*Demetria Fuente G
22	Domingo chiquillo	12488215	3182146869		X	78						X	X						X			Chiquillo
23	Cristian Alan Parra	1065984105			X	61						X	X						X			
24	Pedro Sarmiento	1239785	3212269326		X	68						X	X						X			
25	Victor Julio Prado Guevara	12712733	3145520143		X	76						X	X						X			UUTRA J.

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

HOSPITAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																	FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					ETNIAS			
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO	REINSERTADO	INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
26	Medardo Julio Vanegas Arrieta	5017918	3126363932		X	85						X	X						X			Medardo Vanegas
27	Prospero San Juan Dominguez	845585			X	87						X	X						X			.PJ
28	Angel Darriel Valle Daza	12395846	3184177687		X	72						X	X						X			Angel Daniel Valle D
29	Domiciano Lopez Romero	12395553			X	81						X	X						X			Domicianos Lopez
30	Manel Antonio Ospino Rincon	12521008	3158494031		X	69						X	X						X			Manuel A Ospino Rincon
31	Manuel Joaquin Cera Contreras	12641825	3165557715		X	65						X	X						X			
32	Dannys Isabel Martinez Rico	49752692	3106164781	X		53					X		X						X			Dannys Rico
33	Marco Tulio Castillo Gomez	15 230 092	3147320446		X	77						X	X						X			
34	Maria Bernarda Davila Cervantes	33233556	3147149693	X		61						X	X						X			Maria Bernarda Davila C
35	Victor Modesto Meneses Bekio	5012506	3107036351		X	78						X	X						X			
36	Julio Cesar Silva Castillo	77030091	3216673089		X	58					X		X						X			Castillo
37	Omaira Marlit Barrios Castillo	22454887	3145791080	X		69						X	X						X			Omaira Barrios
38	Ana elena Castillo De P	36486066	3116262941	X		81						X	X									Ana E Castillo
39	Victor manuel Castillo Mendoza	1063947526	3187887621		X	71						X	X						X			Victor Castillo

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

Alcaldía de EL PASO
NIT. 800.096.592-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE EL PASO

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																		FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					REINSERTADO	ETNIAS		LGBTI	OTRO	
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO			INDIGENA	AFRO			
40	Jose miguel polo.	12.395.587	3226639082		X	77						X	X							X			
41	Adolfo Medino	4.921283	3206146026		X	86						Y	V							X			
42	Carmela Parra	96390.497	no registra	X		72						X	X							X			
43	Maria victoria Landero Pascual	1065983223	3104005113	X		66						X	X							X			
44	Jose Fabardo	5093 147	3184957466		X	82						X	X							X			
45	Jose Rodrigo Herrera Simijaca	8708990	3133317783		X	65						X	X							X			
46	Carlos Julio Lopez Serrano	84025989	3154792941		X	66						X	X							X			
47	Rocibeth Rivera Montero	49758030	3235842448	X		42					X		X							X			
48	Jose vicente Madrid Ruidiaz	17848196	3205046049		X	63						X	X							X			
49	Nail Enrique Pertuz Moreno	1065914066	3113854169		X	16			X				X							X			
50	Ana Graciela Arauja	37230009	3225232019	X		73						X	X							X			
51																							
52																							
53																							

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario Nº

Tipo de identificación (SU)
1. [ ] RC Registro civil
2. [ ] TI Tarjeta de identidad
3. [x] CC Cédula de ciudadanía
4. [ ] CE Cédula de extranjería
5. [ ] PA Pasaporte
6. [ ] CD Carnet diplomático

Número de identificación: 3771223

CAPITULO I. INFORMACIÓN PERSONAL

1.1 Fecha de diligenciamiento: AAAA 2024 MM 12 DD 02

1.2 Primer Apellido: Romero

1.3 Segundo Apellido: Bueivas

1.4 Primer Nombre: Fernando

1.5 Segundo Nombre:

1.6 Sexo
1. [x] Hombre 2. [ ] Mujer

1.7 Fecha de Nacimiento: AAAA 1954 MM 08 DD 10

1.8 Tipo de población (SM)
1. [ ] Habitantes de la Calle
2. [ ] Población infantil a cargo del ICBF
3. [ ] Madres comunitarias
4. [ ] Artistas, autores, compositores
5. [ ] Población sisbenizada
6. [ ] Población desmovilizada
7. [ ] Población en condiciones de desplazamiento forzado
8. [ ] Población en centros psiquiátricos
9. [ ] Población rural migratoria
10. [ ] Población en centros carcelarios
11. [ ] Población Rural no Migratoria
12. [ ] Pob.de la tercera edad en protección de ancianato
13. [x] Adulto Mayor
14. [ ] Cabeza de Familia
15. [ ] Mujer Embarazada
16. [ ] Mujer Lactante
17. [ ] Trabajador Urbano
18. [ ] Trabajador Rural
19. [ ] Victima de Violencia Armada
20. [ ] Jóvenes vulnerables rurales
21. [ ] Jóvenes vulnerables urbanos
22. [ ] Sin ocupación
23. [ ] Ninguno

1.9 Actualmente vive
1. [x] Solo (Pase a 1.12)
2. [ ] Acompañado

1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar? 1

1.11 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad? 1

1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Sólo para personas de 10 años y más)
1. [ ] Si
2. [x] No (Pase a 1.15)

1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años:

1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años:

1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?
1. [ ] Si
2. [x] No

1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1. [ ] Protección
2. [ ] Hogar sustituto
3. [ ] Hogar comunitario
4. [ ] Hogar infantil
5. [ ] Club juvenil
6. [x] Otro programa de bienestar
7. [ ] Ninguno

1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1. [ ] Indígena
2. [ ] ROM (Gitanos)
3. [ ] Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
4. [ ] Palenquero de San Basilio
5. [x] Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
6. [ ] Ninguno de los anteriores
7. [ ] Otra Etnia

CAPITULO II. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

2.1 Departamento: Cesar

2.2 Municipio: El paso

2.3 Área (SU)
1. [ ] Cabecera Municipal (Área urbana)
2. [x] Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
3. [ ] Rural disperso

2.4 Nombre Localidad / comuna: La loma

2.5 Nombre del centro poblado:

2.6 Nombre del Barrio o Vereda: B. El cañaguate

2.7 Dirección:

2.8 Número de teléfono: 3126036364

2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
1. [x] Estrato 1
2. [ ] Estrato 2
3. [ ] Estrato 3
4. [ ] Estrato 4
5. [ ] Estrato 5
6. [ ] Estrato 6
7. [ ] Sin Estrato

2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de (SM)
1. [x] Energía eléctrica
2. [ ] Alcantarillado
3. [ ] Gas natural conectado a red pública
4. [ ] Teléfono
5. [ ] Recolección de basuras
6. [x] Acueducto
7. [ ] Ninguno

2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?
1. [ ] Si
2. [x] No

2.12 Actualmente vive en (SU)
1. [x] Casa
2. [ ] Apartamento
3. [ ] Cuarto
4. [ ] Institución pública (Pase a 3.1)
5. [ ] Institución privada (Pase a 3.1)
6. [ ] Calle (Pase a 3.1)
7. [ ] Otro tipo de vivienda

2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1. [x] Arriendo o subarriendo
2. [ ] Vivienda Propia y la está pagando
3. [ ] Vivienda Propia totalmente pagada
4. [ ] Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
5. [ ] Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
6. [ ] Otra condición

Ver 4.0

CAPITULO III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones Permanentes en: (SM)
1. ☐ El sistema nervioso
2. ☐ Los ojos
3. ☐ Los oídos
4. ☐ Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
5. ☐ La voz, el habla
6. ☐ El sistema cardiorespiratorio, las defensas
7. ☐ La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. ☐ El sistema genital, urinario, reproductivo
9. ☒ El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. ☐ La piel, las uñas, el cabello
11. ☐ Ninguno (Persona sin Discapacidad)

3.2. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta? [9]

3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud:
Traumatismo cadera y pierna

3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta alteración permanente? [14]

3.3.1. ¿Hace cuántos meses presenta esta alteración permanente? [ ]

3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)
1. ☐ Pensar, memorizar
2. ☐ Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. ☐ Oír, aun con aparatos especiales
4. ☐ Distinguir sabores u olores
5. ☐ Hablar y comunicarse
6. ☐ Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. ☐ Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8. ☐ Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. ☒ Caminar, correr, saltar
10. ☐ Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11. ☐ Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. ☐ Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. ☐ Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. ☐ Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. ☐ Otra
16. ☐ Ninguno (Pase a 3.6)

3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)
1. ☒ Movilidad
2. ☐ Sensorial Auditiva
3. ☐ Sensorial Visual
4. ☐ Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
5. ☐ Sistémica
6. ☐ Mental Cognitiva
7. ☐ Mental Psicosocial
8. ☐ Voz y Habla
9. ☐ Piel, Uñas y Cabello
10. ☐ Enanismo
11. ☐ No la sabe nombrar
12. ☐ Múltiple

3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)
1. ☐ Familiares
2. ☐ Amigos, compañeros
3. ☐ Vecinos
4. ☐ Funcionarios, empleados
5. ☐ Otras personas
6. ☒ Nadie

3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)
1. ☐ Dormitorio
2. ☐ Sala - comedor
3. ☐ Baño - sanitario
4. ☐ Escaleras
5. ☐ Pasillos - patios
6. ☐ Andenes - aceras
7. ☐ Calles, vías
8. ☐ Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
9. ☐ Paraderos, terminales de transporte
10. ☐ Vehículos de transporte público
11. ☐ Centros educativos
12. ☐ Lugares de trabajo
13. ☐ Centros de salud, hospitales
14. ☐ Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
15. ☐ Otros lugares
16. ☒ Ninguno

3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)
1. ☐ Medios escritos
2. ☐ Radio
3. ☐ Televisión
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Internet
6. ☒ Ninguno

3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?
1. ☒ Si
2. ☐ No (Pase a 3.18)

3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)
1. ☐ Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
2. ☐ Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
3. ☐ Enfermedad general (Pase a 3.18)
4. ☐ Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
5. ☐ Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
6. ☐ Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
7. ☐ Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
8. ☐ Desastre natural (Pase a 3.13)
9. ☒ Accidente (Pase a 3.14)
10. ☐ Víctima de violencia (Pase a 3.15)
11. ☐ Conflicto armado (Pase a 3.16)
12. ☐ Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
13. ☐ Otra causa (Pase a 3.18)

3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Medio ambiente físico del lugar de trabajo
2. ☐ Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
3. ☐ Contaminantes (químicos, biológicos)
4. ☐ Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
5. ☐ Organización del trabajo (psicolaborales)
6. ☐ Otra causa

3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Psicoactivos aceptados socialmente
2. ☐ Psicoactivos socialmente no aceptados

3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Terremoto
2. ☐ Inundación
3. ☐ Deslizamiento
4. ☐ Otro desastre natural

3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Del tránsito
2. ☐ En el hogar
3. ☐ En el centro educativo
4. ☐ De trabajo
5. ☒ Deportivo
6. ☐ Otro tipo de accidente

3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Al interior del hogar
2. ☐ Delincuencia común
3. ☐ Social
4. ☐ Otra

3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Arma de fuego
2. ☐ Bomba
3. ☐ Minas Antipersonales MAP
4. ☐ Municiones sin Explotar MUSE
5. ☐ Artefactos Explosivos Improvisados AEI
6. ☐ Otro tipo de arma

3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)
1. ☐ Atención médica inoportuna
2. ☐ Equivocaciones en el diagnóstico
3. ☐ Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
4. ☐ Deficiencias en la calidad de la atención
5. ☐ Otra

3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?
1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☒ No sabe

3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad?
Colombia

3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad?
Atlántico

3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad?
Barranquilla

Ver 4.0

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario Nº

Tipo de Identificación (SU)
1. ☐ RC Registro civil
2. ☐ TI Tarjeta de Identidad
3. ☒ CC Cédula de ciudadanía
4. ☐ CE Cédula de extranjería
5. ☐ PA Pasaporte
6. ☐ CD Carnet diplomático

Número de Identificación: 1061[illegible]1015

CAPITULO I. INFORMACIÓN PERSONAL

1.1 Fecha de diligenciamiento: AAAA 2012 MM 12 DD 12

1.2 Primer Apellido: Albus

1.3 Segundo Apellido: Parra

1.4 Primer Nombre: Cristian

1.5 Segundo Nombre: Alexander

1.6 Sexo: 1. ☒ Hombre 2. ☐ Mujer

1.7 Fecha de Nacimiento: AAAA 1991 MM 06 DD 26

1.8 Tipo de población (SM)
1. ☐ Habitantes de la Calle
2. ☐ Población infantil a cargo del ICBF
3. ☐ Madres comunitarias
4. ☐ Artistas, autores, compositores
5. ☐ Población alsbergada
6. ☐ Población desmovilizada
7. ☐ Población en condiciones de desplazamiento forzado
8. ☐ Población en centros psiquiátricos
9. ☐ Población rural migratoria
10. ☐ Población en centros carcelarios
11. ☐ Población Rural no Migratoria
12. ☐ Pob.de la tercera edad en protección de ancianato
13. ☒ Adulto Mayor
14. ☐ Cabeza de Familia
15. ☐ Mujer Embarazada
16. ☐ Mujer Lactante
17. ☐ Trabajador Urbano
18. ☐ Trabajador Rural
19. ☐ Víctima de Violencia Armada
20. ☐ Jóvenes vulnerables rurales
21. ☐ Jóvenes vulnerables urbanos
22. ☐ Sin ocupación
23. ☐ Ninguno

1.9 Actualmente vive
1. ☒ Solo (Pase a 1.12)
2. ☐ Acompañado

1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar? 1

1.11 ¿Cuántos de ellas presentan discapacidad? 1

1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Solo para personas de 10 años y más)
1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 1.15)

1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años: 0

1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años: 0

1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?
1. ☐ Si
2. ☒ No

1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1. ☐ Protección
2. ☐ Hogar sustituto
3. ☐ Hogar comunitario
4. ☐ Hogar infantil
5. ☐ Club juvenil
6. ☐ Otro programa de bienestar
7. ☒ Ninguno

1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1. ☐ Indígena
2. ☐ ROM (Gitanos)
3. ☐ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
4. ☐ Palenquero de San Basilio
5. ☒ Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
6. ☐ Ninguno de los anteriores
7. ☐ Otra Etnia

CAPITULO II. LOCALIZACION Y VIVIENDA

2.1 Departamento: Cesar

2.2 Municipio: El paso

2.3 Área (SU)
1. ☐ Cabecera Municipal (Área urbana)
2. ☐ Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
3. ☐ Rural disperso

2.4 Nombre Localidad / comuna: la loma

2.5 Nombre del centro poblado:

2.6 Nombre del Barrio o Vereda: B las vacas

2.7 Dirección: Cerca al salón del reino

2.8 Número de teléfono:

2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
1. ☒ Estrato 1
2. ☐ Estrato 2
3. ☐ Estrato 3
4. ☐ Estrato 4
5. ☐ Estrato 5
6. ☐ Estrato 6
7. ☐ Sin Estrato

2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de (SM)
1. ☒ Energía eléctrica
2. ☒ Alcantarillado
3. ☒ Gas natural conectado a red pública
4. ☐ Teléfono
5. ☒ Recolección de basuras
6. ☒ Acueducto
7. ☐ Ninguno

2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?
1. ☐ Si
2. ☒ No

2.12 Actualmente vive en (SU)
1. ☒ Casa
2. ☐ Apartamento
3. ☐ Cuarto
4. ☐ Institución pública (Pase a 3.1)
5. ☐ Institución privada (Pase a 3.1)
6. ☐ Calle (Pase a 3.1)
7. ☐ Otro tipo de vivienda

2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1. ☐ Arriendo o subarriendo
2. ☐ Vivienda Propia y la está pagando
3. ☐ Vivienda Propia totalmente pagada
4. ☒ Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
5. ☐ Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
6. ☐ Otra condición

Ver 4.0

CAPITULO III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones Permanentes en: (SM)

1. [ ] El sistema nervioso
2. [ ] Los ojos
3. [ ] Los oídos
4. [ ] Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
5. [ ] La voz, al habla
6. [ ] El sistema cardiorespiratorio, las defensas
7. [ ] La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. [ ] El sistema genital, urinario, reproductivo
9. [X] El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. [ ] La piel, las uñas, el cabello
11. [ ] Ninguno (Persona sin Discapacidad)

3.2. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta? [9]

3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud:

Isquemia

3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta alteración permanente? [12]

3.3.1. ¿Hace cuántos meses presenta esta alteración permanente? [1]

3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)

1. [ ] Pensar, memorizar
2. [ ] Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. [ ] Oír, aun con aparatos especiales
4. [ ] Distinguir sabores u olores
5. [ ] Hablar y comunicarse
6. [ ] Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. [ ] Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8. [ ] Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. [X] Caminar, correr, saltar
10. [ ] Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11. [ ] Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. [ ] Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. [ ] Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. [ ] Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. [ ] Otra
16. [ ] Ninguno (Pase a 3.6)

3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)

1. [X] Movilidad
2. [ ] Sensorial Auditiva
3. [ ] Sensorial Visual
4. [ ] Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
5. [ ] Sistémica
6. [ ] Mental Cognitivo
7. [ ] Mental Psicosocial
8. [ ] Voz y Habla
9. [ ] Piel, Uñas y Cabello
10. [ ] Enanismo
11. [ ] No la sabe nombrar
12. [ ] Múltiple

3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)

1. [ ] Familiares
2. [ ] Amigos, compañeros
3. [ ] Vecinos
4. [ ] Funcionarios, empleados
5. [ ] Otras personas
6. [X] Nadie

3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)

1. [ ] Dormitorio
2. [ ] Sala - comedor
3. [ ] Baño - sanitario
4. [ ] Escaleras
5. [ ] Pasillos - patios
6. [ ] Andenes - aceras
7. [ ] Calles, vías
8. [ ] Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
9. [ ] Paraderos, terminales de transporte
10. [ ] Vehículos de transporte público
11. [ ] Centros educativos
12. [ ] Lugares de trabajo
13. [ ] Centros de salud, hospitales
14. [ ] Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
15. [ ] Otros lugares
16. [X] Ninguno

3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)

1. [ ] Medios escritos
2. [ ] Radio
3. [X] Televisión
4. [ ] Teléfono
5. [ ] Internet
6. [ ] Ninguno

3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 3.18)

3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)

1. [ ] Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
2. [ ] Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
3. [ ] Enfermedad general (Pase a 3.18)
4. [ ] Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
5. [ ] Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
6. [ ] Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
7. [ ] Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
8. [ ] Desastre natural (Pase a 3.13)
9. [ ] Accidente (Pase a 3.14)
10. [ ] Víctima de violencia (Pase a 3.15)
11. [ ] Conflicto armado (Pase a 3.16)
12. [X] Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
13. [ ] Otra causa (Pase a 3.18)

3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)

1. [ ] Medio ambiente físico del lugar de trabajo
2. [ ] Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
3. [ ] Contaminantes (químicos, biológicos)
4. [ ] Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
5. [ ] Organización del trabajo (psicolaborales)
6. [ ] Otra causa

3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)

1. [ ] Psicoactivos aceptados socialmente
2. [ ] Psicoactivos socialmente no aceptados

3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)

1. [ ] Terremoto
2. [ ] Inundación
3. [ ] Deslizamiento
4. [ ] Otro desastre natural

3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)

1. [ ] Del trabajo
2. [ ] En el hogar
3. [ ] En el centro educativo
4. [ ] De tránsito
5. [ ] Deportivo
6. [ ] Otro tipo de accidente

3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.16)

1. [ ] Al interior del hogar
2. [ ] Delincuencia común
3. [ ] Social
4. [ ] Otra

3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)

1. [ ] Arma de fuego
2. [ ] Bomba
3. [ ] Minas Antipersonales MAP
4. [ ] Municiones sin Explotar MUSE
5. [ ] Artefactos Explosivos Improvisados AEI
6. [ ] Otro tipo de arma

3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)

1. [ ] Atención médica inoportuna
2. [ ] Equivocaciones en el diagnóstico
3. [ ] Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
4. [ ] Deficiencias en la calidad de la atención
5. [ ] Otra

3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?

1. [ ] Si
2. [ ] No
3. [X] No sabe

3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad?: Colombia

3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad? Cesar

3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad? El Paso

Ver 6.0

CAPITULO IV. SALUD

4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?
1. [X] Si
2. [ ] No

4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
1. [X] Si
2. [ ] No

4.3 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (SM)
1. [X] Atención general en salud
2. [ ] Atención en salud por causa de su discapacidad
3. [ ] Ninguna

4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?
1. [X] Si
2. [ ] No

4.5 ¿Le ordenaron usar? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [X] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.6 ¿Utiliza actualmente? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [X] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.7 ¿Cree que aún necesita? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [X] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.10)

4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria? (SU)
1. [ ] Algún miembro del hogar
2. [ ] Persona externa no empleada
3. [ ] Persona externa empleada para ayudarlo
4. [ ] Otra

4.9.1. ¿Sexo de la persona que más le ayuda a desarrollar sus actividades de la vida diaria?
1. [ ] Hombre 2. [ ] Mujer

4.10 ¿Se está recuperando de su discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.12)

4.11 Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación? (SU)
1. [ ] A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
2. [ ] Al apoyo de la familia
3. [ ] A su empeño por salir adelante
4. [ ] A la ayuda de Dios
5. [ ] A la acción de la medicina alternativa
6. [ ] Otro

4.12 ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? (SM)
1. [ ] Medicina física y de rehabilitación
2. [ ] Psiquiatría
3. [X] Fisioterapia
4. [ ] Fonoaudiología
5. [ ] Terapia ocupacional
6. [ ] Optometría
7. [ ] Psicología
8. [ ] Trabajo social
9. [ ] Medicamentos permanentes
10. [ ] Otro tipo de rehabilitación
11. [ ] Ninguno (Pase a 4.16)

4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
1. [X] Si
2. [ ] No (Pase a 4.16)

4.14 ¿Quién paga la rehabilitación? (SU)
1. [X] El sistema general de salud
2. [ ] La familia
3. [ ] Personalmente
4. [ ] Una ONG
5. [ ] El empleador
6. [ ] Otro

4.15 El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: (SU)
1. [ ] Público (Pase a 5.1)
2. [ ] Privado (Pase a 5.1)
3. [X] No sabe (Pase a 5.1)

4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)
1. [ ] Ya terminó el servicio de rehabilitación
2. [ ] Cree que ya no lo necesita
3. [ ] No le gusta
4. [ ] Falta de dinero
5. [ ] El centro de atención queda muy lejos
6. [ ] No hay quién lo lleve
7. [ ] No ha sido autorizado por el asegurador
8. [ ] No sabe

4.17 ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ]

4.17.1 ¿Y cuántos meses lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ]

4.18 ¿Sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más

5.1 ¿Sabe leer y escribir? (Sólo para personas de 5 años y más)
1. [X] Si
2. [ ] No

5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 5.6)

5.3 ¿El establecimiento donde estudia es: ? (SU)
1. [ ] Público
2. [ ] Privado

5.4 Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento Cuenta con servicios de apoyo: (SM)
1. [ ] Pedagógicos
2. [ ] Tecnológicos
3. [ ] Terapéuticos
4. [ ] Comunicativos
5. [ ] Administrativos
6. [ ] Financieros
7. [ ] Ninguno

5.5 ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
1. [ ] Si (Pase a 5.7)
2. [ ] No (Pase a 5.7)

5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia? (SU)
1. [X] Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
2. [ ] Costos educativos elevados o falta de dinero
3. [ ] Por falta de tiempo
4. [ ] No aprobó el examen de ingreso
5. [ ] Falta de cupos
6. [ ] No existe centro educativo cercano
7. [ ] Necesita trabajar
8. [ ] No le gusta o no le interesa el estudio
9. [ ] Perdió el año o fue expulsado
10. [ ] Su familia no quiere que estudie
11. [ ] Por su discapacidad
12. [ ] Otra razón

5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó? (SU)

1. Preescolar	[0]	[1]	[2]								
2. Básica primaria	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]					
3. Básica secundaria	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]				
4. Técnico o Tecnológico	[1]	[2]	[3]								
5. Universitario	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[X]					
6. Postgrado	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]						
7. Ninguno	[0] (Pase a 5.11)										

5.8 ¿Hace cuántos años?
[3][2]

CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más - Continuación

5.9 Repitió algún año escolar? (Desde primero de primaria a grado Doce de bachillerato)

1. [ ] Si
2. [x] No (Pase a 5.10)

5.9.1 Qué grado y cuántas veces:

Grado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
No. de veces												

5.10 ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1. [x] Si
2. [ ] No

5.11 Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1. [x] Si
2. [ ] No

CAPITULO VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

6.1 Participa en actividades: (SM)

1. [x] Con la familia y amigos
2. [ ] Con la comunidad
3. [ ] Religiosas o espirituales
4. [ ] Productivas
5. [ ] Deportivas o de recreación
6. [ ] Culturales
7. [ ] Educación para el trabajo y desarrollo humano
8. [ ] Ciudadanas
9. [ ] Otras
10. [ ] Ninguna

6.2 ¿Actualmente participa en alguna organización? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Si (Pase a 6.4)
2. [x] No

6.3 Señale la razón por la cual no participa en ninguna organización: (SU) (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Falta de dinero
2. [ ] Falta de tiempo
3. [ ] No existe o no la conoce
4. [ ] Siente rechazo u obstaculización
5. [ ] Por su discapacidad
6. [ ] No cree en ellas
7. [ ] Sus principios o creencias se lo impiden
8. [ ] Prefiere resolver sus problemas sólo
9. [ ] Otra

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [x] Si
2. [ ] No

CAPITULO VII. TRABAJO: Para personas de 10 años y más

7.1 Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: (SU) (Aplica para personas de 3 años y más)

1. [ ] Trabajando
2. [ ] Buscando trabajo (Pase a 7.5)
3. [x] Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión (Pase a 7.5)
4. [ ] Incapacitado permanente para trabajar - con pensión (Pase a 7.5)
5. [ ] Estudiando (Pase a 7.5)
6. [ ] Realizando oficios del hogar (Pase a 7.5)
7. [ ] Recibiendo renta (Pase a 7.5)
8. [ ] Pensionado - jubilado (Pase a 7.5)
9. [ ] Realizando actividades de autoconsumo (Pase a 7.5)
10. [ ] Otra actividad (Pase a 7.5)

7.2 Usted tiene contrato de trabajo: (SU)

1. [ ] A término fijo
2. [ ] A término indefinido
3. [ ] Sin contrato

7.3 La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: (SU)

1. [ ] Industria
2. [ ] Comercio
3. [ ] Agrícola
4. [ ] Pecuaria
5. [ ] Servicios
6. [ ] Otra actividad

7.4 En el trabajo se desempeña como: (SU)

1. [ ] Empleado del gobierno
2. [ ] Empleado particular
3. [ ] Jornalero o peón
4. [ ] Patrón o empleador
5. [ ] Trabajador por cuenta propia
6. [ ] Empleado(a) doméstico(a)
7. [ ] Trabajador familiar sin remuneración

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

1. [x] Si
2. [ ] No

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (SU)

1. [x] Sin ingreso
2. [ ] Menos de $500.000,oo
3. [ ] De $ 500.001,oo a $1'000.000,oo
4. [ ] De $1'000.001,oo a $1'000.000,oo
5. [ ] De $1'000.001,oo a $2'000.000,oo
6. [ ] De $2'000.001,oo a $2'000.000,oo
7. [ ] Más de $2'500.000,oo
8. [ ] No informa

7.7 Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

1. [ ] Si
2. [x] No (Pase a 7.9)

7.8 ¿Dónde recibió la capacitación? (SU)

1. [ ] SENA
2. [ ] Otra institución pública
3. [ ] Una institución privada

7.9 Necesita capacitación para: (SU)

1. [ ] Mejorar su actividad productiva
2. [ ] Cambiar de actividad productiva
3. [x] No necesita capacitación

CAPITULO VIII. DATOS DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO

8.1 Tipo de Identificación

1. [x] CC Cédula de ciudadanía
2. [ ] CE Cédula de extranjería
3. [ ] PA Pasaporte
4. [ ] CD Carnet diplomático

8.2 Número de identificación: 1711912171612193DL

8.3 Primer Apellido: Acosta

8.4 Segundo Apellido: Andrades

8.5 Primer Nombre: Beatriz

8.6 Segundo Nombre:

8.7 Departamento donde se realiza el registro: Cesar

8.8 Municipio donde se realiza el registro: El Paso

8.9 Nombre Unidad Generadora de Dato (UGD):

8.10 Fecha de Registro: AAAA [ ] MM [ ] DD [ ]

Observaciones:

Autorizo al Ministerio de Salud y Protección Social entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad: SI_____ NO_____

Ver 4.0

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario Nº

Tipo de Identificación (SU)
1. ☐ RC Registro civil
2. ☐ TI Tarjeta de identidad
3. ☒ CC Cédula de ciudadanía
4. ☐ CE Cédula de extranjería
5. ☐ PA Pasaporte
6. ☐ CD Carnet diplomático

Número de Identificación: 1123953685

CAPITULO I. INFORMACION PERSONAL

1.1 Fecha de diligenciamiento: AAAA 2024 MM 12 DD 12

1.2 Primer Apellido: Pertuz

1.3 Segundo Apellido: Sarmiento

1.4 Primer Nombre: Pedro

1.5 Segundo Nombre: Antonio

1.6 Sexo: 1. ☒ Hombre 2. ☐ Mujer

1.7 Fecha de Nacimiento: AAAA 1956 MM 11 DD 12

1.8 Tipo de población (SM)
1. ☐ Habitantes de la Calle
2. ☐ Población infantil a cargo del ICBF
3. ☐ Madres comunitarias
4. ☐ Artistas, autores, compositores
5. ☐ Población sisbenizada
6. ☐ Población desmovilizada
7. ☐ Población en condiciones de desplazamiento forzado
8. ☐ Población en centros psiquiátricos
9. ☐ Población rural migratoria
10. ☐ Población en centros carcelarios
11. ☐ Población Rural no Migratoria
12. ☐ Pob de la tercera edad en protección de ancianato
13. ☒ Adulto Mayor
14. ☐ Cabeza de Familia
15. ☐ Mujer Embarazada
16. ☐ Mujer Lactante
17. ☐ Trabajador Urbano
18. ☐ Trabajador Rural
19. ☐ Victima de Violencia Armada
20. ☐ Jóvenes vulnerables rurales
21. ☐ Jóvenes vulnerables urbanos
22. ☐ Sin ocupación
23. ☐ Ninguno

1.9 Actualmente vive
1. ☐ Solo (Pase a 1.12)
2. ☒ Acompañado

1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar? 12

1.11 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad? 1

1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Sólo para personas de 10 años y más)
1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 1.15)

1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años

1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años

1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?
1. ☐ Si
2. ☐ No

1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1. ☐ Protección
2. ☐ Hogar sustituto
3. ☐ Hogar comunitario
4. ☐ Hogar infantil
5. ☐ Club juvenil
6. ☐ Otro programa de bienestar
7. ☒ Ninguno

1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1. ☐ Indígena
2. ☐ ROM (Gitanos)
3. ☐ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
4. ☐ Palenquero de San Basilio
5. ☒ Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
6. ☐ Ninguno de los anteriores
7. ☐ Otra Etnia

CAPITULO II. LOCALIZACION Y VIVIENDA

2.1 Departamento: Cesar

2.2 Municipio: El paso

2.3 Área (SU)
1. ☐ Cabecera Municipal (Área urbana)
2. ☒ Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
3. ☐ Rural disperso

2.4 Nombre Localidad / comuna: la loma

2.5 Nombre del centro poblado:

2.6 Nombre del Barrio o Vereda: B. nuevo amanecer

2.7 Dirección: Cra 20 # 11A12

2.8 Número de teléfono: 3211226B326

2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
1. ☒ Estrato 1
2. ☐ Estrato 2
3. ☐ Estrato 3
4. ☐ Estrato 4
5. ☐ Estrato 5
6. ☐ Estrato 6
7. ☐ Sin Estrato

2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de: (SM)
1. ☒ Energía eléctrica
2. ☒ Alcantarillado
3. ☒ Gas natural conectado a red pública
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Recolección de basuras
6. ☒ Acueducto
7. ☐ Ninguno

2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?
1. ☐ Si
2. ☒ No

2.12 Actualmente vive en: (SU)
1. ☒ Casa
2. ☐ Apartamento
3. ☐ Cuarto
4. ☐ Institución pública (Pase a 3.1)
5. ☐ Institución privada (Pase a 3.1)
6. ☐ Calle (Pase a 3.1)
7. ☐ Otro tipo de vivienda

2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1. ☐ Arriendo o subarriendo
2. ☐ Vivienda Propia y la está pagando
3. ☐ Vivienda Propia totalmente pagada
4. ☒ Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
5. ☐ Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
6. ☐ Otra condición

Ver 4.0

② CAPITULO III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones Permanentes en: (SM)

1. ☐ El sistema nervioso
2. ☐ Los ojos
3. ☐ Los oídos
4. ☐ Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
5. ☐ La voz, el habla
6. ☐ El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. ☐ La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. ☐ El sistema genital, urinario, reproductivo
9. ☒ El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. ☐ La piel, las uñas, el cabello
11. ☐ Ninguno (Persona sin Discapacidad)

3.2. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta? [9]

3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud: Fractura de Pierna

3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta alteración permanente? [17]

3.3.1 ¿Hace cuántos meses presenta esta alteración permanente? [1]

3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)

1. ☐ Pensar, memorizar
2. ☐ Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. ☐ Oír, aun con aparatos especiales
4. ☐ Distinguir sabores u olores
5. ☐ Hablar y comunicarse
6. ☐ Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. ☐ Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8. ☐ Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. ☒ Caminar, correr, saltar
10. ☐ Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11. ☐ Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. ☐ Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. ☐ Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. ☐ Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. ☐ Otra
16. ☐ Ninguno (Pase a 3.6)

3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)

1. ☒ Movilidad
2. ☐ Sensorial Auditiva
3. ☐ Sensorial Visual
4. ☐ Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
5. ☐ Sistémica
6. ☐ Mental Cognitiva
7. ☐ Mental Psicosocial
8. ☐ Voz y Habla
9. ☐ Piel, Uñas y Cabello
10. ☐ Enanismo
11. ☐ No la sabe nombrar
12. ☐ Múltiple

3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)

1. ☐ Familiares
2. ☐ Amigos, compañeros
3. ☐ Vecinos
4. ☐ Funcionarios, empleados
5. ☐ Otras personas
6. ☒ Nadie

3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)

1. ☐ Dormitorio
2. ☐ Sala - comedor
3. ☐ Baño - sanitario
4. ☐ Escaleras
5. ☐ Pasillos - patios
6. ☐ Andenes - aceras
7. ☐ Calles, vías
8. ☐ Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
9. ☐ Paraderos, terminales de transporte
10. ☐ Vehículos de transporte público
11. ☐ Centros educativos
12. ☐ Lugares de trabajo
13. ☐ Centros de salud, hospitales
14. ☐ Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
15. ☐ Otros lugares
16. ☒ Ninguno

3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)

1. ☐ Medios escritos
2. ☐ Radio
3. ☒ Televisión
4. ☒ Teléfono
5. ☐ Internet
6. ☐ Ninguno

3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

1. ☒ Si
2. ☐ No (Pase a 3.18)

3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)

1. ☐ Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
2. ☐ Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
3. ☐ Enfermedad general (Pase a 3.18)
4. ☐ Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
5. ☐ Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
6. ☐ Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
7. ☐ Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
8. ☐ Desastre natural (Pase a 3.13)
9. ☒ Accidente (Pase a 3.14)
10. ☐ Víctima de violencia (Pase a 3.15)
11. ☐ Conflicto armado (Pase a 3.16)
12. ☐ Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
13. ☐ Otra causa (Pase a 3.18)

3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Medio ambiente físico del lugar de trabajo
2. ☐ Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
3. ☐ Contaminantes (químicos, biológicos)
4. ☐ Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
5. ☐ Organización del trabajo (psicolaborales)
6. ☐ Otra causa

3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Psicoactivos aceptados socialmente
2. ☐ Psicoactivos socialmente no aceptados

3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Terremoto
2. ☐ Inundación
3. ☐ Deslizamiento
4. ☐ Otro desastre natural

3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☒ Del tránsito
2. ☐ En el hogar
3. ☐ En el centro educativo
4. ☐ De trabajo
5. ☐ Deportivo
6. ☐ Otro tipo de accidente

3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Al interior del hogar
2. ☐ Delincuencia común
3. ☐ Social
4. ☐ Otra

3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Arma de fuego
2. ☐ Bomba
3. ☐ Minas Antipersonales MAP
4. ☐ Municiones sin Explotar MUSE
5. ☐ Artefactos Explosivos Improvisados AEI
6. ☐ Otro tipo de arma

3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)

1. ☐ Atención médica inoportuna
2. ☐ Equivocaciones en el diagnóstico
3. ☐ Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
4. ☐ Deficiencias en la calidad de la atención
5. ☐ Otra

3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?

1. ☒ Si
2. ☐ No
3. ☐ No sabe

3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad?: Colombia [| | |]

3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad? Cesar [| |]

3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad? El Paso [| | |]

CAPITULO IV. SALUD

4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.3 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (SM)
1. [X] Atención general en salud
2. [ ] Atención en salud por causa de su discapacidad
3. [ ] Ninguna

4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.5 ¿Le ordenaron usar? (SM)
1. [X] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.6 ¿Utiliza actualmente? (SM)
1. [X] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.7 ¿Cree que aún necesita? (SM)
1. [X] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.10)

4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria? (SU)
1. [ ] Algún miembro del hogar
2. [ ] Persona externa no empleada
3. [ ] Persona externa empleada para ayudarlo
4. [ ] Otra

4.9.1. ¿Sexo de la persona que más le ayuda a desarrollar sus actividades de la vida diaria?
1. [ ] Hombre 2. [ ] Mujer

4.10 ¿Se está recuperando de su discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.12)

4.11 Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación? (SU)
1. [ ] A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
2. [ ] Al apoyo de la familia
3. [ ] A su empeño por salir adelante
4. [ ] A la ayuda de Dios
5. [ ] A la acción de la medicina alternativa
6. [ ] Otro

4.12 ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? (SM)
1. [ ] Medicina física y de rehabilitación
2. [ ] Psiquiatría
3. [X] Fisioterapia
4. [ ] Fonoaudiología
5. [ ] Terapia ocupacional
6. [ ] Optometría
7. [ ] Psicología
8. [ ] Trabajo social
9. [ ] Medicamentos permanentes
10. [ ] Otro tipo de rehabilitación
11. [ ] Ninguno (Pase a 4.16)

4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.16)

4.14 ¿Quién paga la rehabilitación? (SU)
1. [ ] El sistema general de salud
2. [ ] La familia
3. [ ] Personalmente
4. [ ] Una ONG
5. [ ] El empleador
6. [ ] Otro

4.15 El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: (SU)
1. [ ] Público (Pase a 5.1)
2. [ ] Privado (Pase a 5.1)
3. [ ] No sabe (Pase a 5.1)

4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)
1. [ ] Ya terminó el servicio de rehabilitación
2. [ ] Cree que ya no lo necesita
3. [X] No le gusta
4. [ ] Falta de dinero
5. [ ] El centro de atención queda muy lejos
6. [ ] No hay quién lo lleve
7. [ ] No ha sido suministrado por el asegurador
8. [ ] No sabe

4.17 ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ][5]

4.17.1 ¿Y cuántos meses lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ][ ]

4.18 ¿Sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO V. EDUCACION: Para personas de 3 años y más

5.1 ¿Sabe leer y escribir? (Sólo para personas de 5 años y más)
1. [ ] Si
2. [X] No

5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 5.6)

5.3 ¿El establecimiento donde estudia es: ? (SU)
1. [ ] Público
2. [ ] Privado

5.4 Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento Cuenta con servicios de apoyo: (SM)
1. [ ] Pedagógicos
2. [ ] Tecnológicos
3. [ ] Terapéuticos
4. [ ] Comunicativos
5. [ ] Administrativos
6. [ ] Financieros
7. [ ] Ninguno

5.5 ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
1. [ ] Si (Pase a 5.7)
2. [ ] No (Pase a 5.7)

5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia? (SU)
1. [ ] Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
2. [ ] Costos educativos elevados o falta de dinero
3. [ ] Por falta de tiempo
4. [ ] No aprobó el examen de ingreso
5. [ ] Falta de cupos
6. [ ] No existe centro educativo cercano
7. [X] Necesita trabajar
8. [ ] No le gusta o no le interesa el estudio
9. [ ] Perdió el año o fue expulsado
10. [ ] Su familia no quiere que estudie
11. [ ] Por su discapacidad
12. [ ] Otra razón

5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó? (SU)

1. Preescolar	[ ]	[ ]	[ ]				
2. Básica primaria	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
3. Básica secundaria	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4. Técnico o Tecnológico	[ ]	[ ]	[ ]				
5. Universitario	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
6. Posgrado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
7. Ninguno	[X] (Pase a 5.11)						

5.8 ¿Hace cuántos años?
[ ][ ]

CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más - Continuación

5.9 Repitió algún año escolar? (Desde primero de primaria a grado Doce de bachillerato)

1. [ ] Si
2. [ ] No (Pase a 5.10)

5.9.1 Qué grado y cuantas veces:

Grado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
No. de veces												

5.10 ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1. [ ] Si
2. [ ] No

5.11 Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

6.1 Participa en actividades: (SM)

1. [X] Con la familia y amigos
2. [X] Con la comunidad
3. [ ] Religiosas o espirituales
4. [ ] Productivas
5. [ ] Deportivas o de recreación
6. [ ] Culturales
7. [ ] Educación para el trabajo y desarrollo humano
8. [ ] Ciudadanas
9. [ ] Otras
10. [ ] Ninguna

6.2 ¿Actualmente participa en alguna organización? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [X] Si (Pase a 6.4)
2. [ ] No

6.3 Señale la razón por la cual no participa en ninguna organización: (SU) (Solo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Falta de dinero
2. [ ] Falta de tiempo
3. [ ] No existe o no la conoce
4. [ ] Siente rechazo u obstaculización
5. [ ] Por su discapacidad
6. [ ] No cree en ellas
7. [ ] Sus principios o creencias se lo impiden
8. [ ] Prefiere resolver sus problemas sólo
9. [ ] Otra

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO VII. TRABAJO: Para personas de 10 años y más

7.1 Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: (SU) (Aplica para personas de 3 años y más)

1. [ ] Trabajando
2. [ ] Buscando trabajo (Pase a 7.5)
3. [X] Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión (Pase a 7.5)
4. [ ] Incapacitado permanente para trabajar - con pensión (Pase a 7.5)
5. [ ] Estudiando (Pase a 7.5)
6. [ ] Realizando oficios del hogar (Pase a 7.5)
7. [ ] Recibiendo renta (Pase a 7.5)
8. [ ] Pensionado - jubilado (Pase a 7.5)
9. [ ] Realizando actividades de autoconsumo (Pase a 7.5)
10. [ ] Otra actividad

7.2 Usted tiene contrato de trabajo: (SU)

1. [ ] A término fijo
2. [ ] A término indefinido
3. [ ] Sin contrato

7.3 La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: (SU)

1. [ ] Industria
2. [ ] Comercio
3. [ ] Agrícola
4. [ ] Pecuaria
5. [ ] Servicios
6. [ ] Otra actividad

7.4 En el trabajo se desempeña como: (SU)

1. [ ] Empleado del gobierno
2. [ ] Empleado particular
3. [ ] Jornalero o peón
4. [ ] Patrón o empleador
5. [ ] Trabajador por cuenta propia
6. [ ] Empleado(a) doméstico(a)
7. [ ] Trabajador familiar sin remuneración

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

1. [X] Si
2. [ ] No

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (SU)

1. [X] Sin ingreso
2. [ ] Menos de $500.000.oo
3. [ ] De $ 500.001,oo a $1'000.000,oo
4. [ ] De $1'000.001,oo a $1'000.000,oo
5. [ ] De $1'000.001,oo a $2'000.000,oo
6. [ ] De $2'000.001,oo a $2'000.000,oo
7. [ ] Más de $2'500.000,oo
8. [ ] No Informa

7.7 Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 7.9)

7.8 ¿Dónde recibió la capacitación? (SU)

1. [ ] SENA
2. [ ] Otra institución pública
3. [ ] Una institución privada

7.9 Necesita capacitación para: (SU)

1. [ ] Mejorar su actividad productiva
2. [ ] Cambiar de actividad productiva
3. [X] No necesita capacitación

CAPITULO VIII. DATOS DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO

8.1 Tipo de Identificación

1. [X] CC Cédula de ciudadanía
2. [ ] CE Cedula de extranjería
3. [ ] PA Pasaporte
4. [ ] CD Carnet diplomático

8.2 Número de identificación: 1090424825

8.3 Primer Apellido: Ochoa

8.4 Segundo Apellido: Meza

8.5 Primer Nombre: Yuliana

8.6 Segundo Nombre:

8.7 Departamento donde se realiza el registro: Cesar

8.8 Municipio donde se realiza el registro: El Paso

8.9 Nombre Unidad Generadora de Dato (UGD):

8.10 Fecha de Registro: AAAA 2019 MM 12 DD 12

Observaciones:

Autoriza al Ministerio de Salud y Protección Social entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad: SI_____ NO_____

Ver 4.0

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario N°

Tipo de Identificación (SU)
1. ☐ RC Registro civil
2. ☐ TI Tarjeta de identidad
3. ☒ CC Cédula de ciudadanía
4. ☐ CE Cédula de extranjería
5. ☐ PA Pasaporte
6. ☐ CD Carnet diplomático

Número de Identificación: 1 2 7 1 1 2 1 3 3

CAPITULO I. INFORMACIÓN PERSONAL

1.1 Fecha de diligenciamiento: AAAA 2012 MM 12 DD 12

1.2 Primer Apellido: Araujo

1.3 Segundo Apellido: Guevara

1.4 Primer Nombre: Victor

1.5 Segundo Nombre: Julio

1.6 Sexo: 1. ☒ Hombre 2. ☐ Mujer

1.7 Fecha de Nacimiento: AAAA 1947 MM 08 DD 18

1.8 Tipo de población (SM)
1. ☐ Habitantes de la Calle
2. ☐ Población infantil a cargo del ICBF
3. ☐ Madres comunitarias
4. ☐ Artistas, autores, compositores
5. ☐ Población sisbenizada
6. ☐ Población desmovilizada
7. ☐ Población en condiciones de desplazamiento forzado
8. ☐ Población en centros psiquiátricos
9. ☐ Población rural migratoria
10. ☐ Población en centros carcelarios
11. ☐ Población Rural no Migratoria
12. ☐ Pob.de la tercera edad en protección de ancianato
13. ☒ Adulto Mayor
14. ☐ Cabeza de Familia
15. ☐ Mujer Embarazada
16. ☐ Mujer Lactante
17. ☐ Trabajador Urbano
18. ☐ Trabajador Rural
19. ☐ Víctima de Violencia Armada
20. ☐ Jóvenes vulnerables rurales
21. ☐ Jóvenes vulnerables urbanos
22. ☐ Sin ocupación
23. ☐ Ninguno

1.9 Actualmente vive
1. ☒ Solo (Pase a 1.12)
2. ☐ Acompañado

1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar? 1

1.11 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad? 1

1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Sólo para personas de 10 años y más)
1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 1.15)

1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años

1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años

1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?
1. ☐ Si
2. ☒ No

1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1. ☐ Protección
2. ☐ Hogar sustituto
3. ☐ Hogar comunitario
4. ☐ Hogar infantil
5. ☐ Club juvenil
6. ☐ Otro programa de bienestar
7. ☒ Ninguno

1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1. ☐ Indígena
2. ☐ ROM (Gitanos)
3. ☐ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
4. ☐ Palenquero de San Basilio
5. ☒ Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
6. ☐ Ninguno de los anteriores
7. ☐ Otra Etnia

CAPITULO II. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

2.1 Departamento: Cesar

2.2 Municipio: El Paso

2.3 Área (SU)
1. ☐ Cabecera Municipal (Área urbana)
2. ☒ Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
3. ☐ Rural disperso

2.4 Nombre Localidad / comuna: la loma

2.5 Nombre del centro poblado:

2.6 Nombre del Barrio o Vereda: B. la granja.

2.7 Dirección: Salida a la jagua

2.8 Número de teléfono: 3114515201413

2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
1. ☒ Estrato 1
2. ☐ Estrato 2
3. ☐ Estrato 3
4. ☐ Estrato 4
5. ☐ Estrato 5
6. ☐ Estrato 6
7. ☐ Sin Estrato

2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de (SM)
1. ☒ Energía eléctrica
2. ☐ Alcantarillado
3. ☐ Gas natural conectado a red pública
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Recolección de basuras
6. ☒ Acueducto
7. ☐ Ninguno

2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?
1. ☐ Si
2. ☒ No

2.12 Actualmente vive en (SU)
1. ☒ Casa
2. ☐ Apartamento
3. ☐ Cuarto
4. ☐ Institución pública (Pase a 3.1)
5. ☐ Institución privada (Pase a 3.1)
6. ☐ Calle (Pase a 3.1)
7. ☐ Otro tipo de vivienda

2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1. ☐ Arriendo o subarriendo
2. ☐ Vivienda Propia y la está pagando
3. ☒ Vivienda Propia totalmente pagada
4. ☐ Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
5. ☐ Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
6. ☐ Otra condición

CAPÍTULO III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones Permanentes en: (SM)
1. ☐ El sistema nervioso
2. ☒ Los ojos
3. ☐ Los oídos
4. ☐ Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
5. ☐ La voz, el habla
6. ☐ El sistema cardiorespiratorio, las defensas
7. ☐ La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. ☐ El sistema genital, urinario, reproductivo
9. ☐ El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. ☐ La piel, las uñas, el cabello
11. ☐ Ninguno (Persona sin Discapacidad)

3.2. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta? [12]

3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud:
Perdida de la vista

3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta alteración permanente? [20]

3.3.1. ¿Hace cuántos meses presenta esta alteración permanente? [1]

3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)
1. ☐ Pensar, memorizar
2. ☒ Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. ☐ Oír, aun con aparatos especiales
4. ☐ Distinguir sabores u olores
5. ☐ Hablar y comunicarse
6. ☐ Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. ☐ Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8. ☐ Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. ☐ Caminar, correr, saltar
10. ☐ Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11. ☐ Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. ☐ Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. ☐ Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. ☐ Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. ☐ Otra
16. ☐ Ninguno (Pase a 3.6)

3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)
1. ☐ Movilidad
2. ☐ Sensorial Auditiva
3. ☒ Sensorial Visual
4. ☐ Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
5. ☐ Sistémica
6. ☐ Mental Cognitivo
7. ☐ Mental Psicosocial
8. ☐ Voz y Habla
9. ☐ Piel, Uñas y Cabello
10. ☐ Enanismo
11. ☐ No la sabe nombrar
12. ☐ Múltiple

3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)
1. ☐ Familiares
2. ☐ Amigos, compañeros
3. ☐ Vecinos
4. ☐ Funcionarios, empleados
5. ☐ Otras personas
6. ☒ Nadie

3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)
1. ☐ Dormitorio
2. ☐ Sala - comedor
3. ☐ Baño - sanitario
4. ☐ Escaleras
5. ☐ Pasillos - patios
6. ☐ Andenes - aceras
7. ☐ Calles, vías
8. ☐ Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
9. ☐ Paraderos, terminales de transporte
10. ☐ Vehículos de transporte público
11. ☐ Centros educativos
12. ☐ Lugares de trabajo
13. ☐ Centros de salud, hospitales
14. ☐ Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
15. ☐ Otros lugares
16. ☒ Ninguno

3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)
1. ☐ Medios escritos
2. ☐ Radio
3. ☐ Televisión
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Internet
6. ☐ Ninguno

3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?
1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 3.18)

3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)
1. ☐ Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
2. ☐ Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
3. ☐ Enfermedad general (Pase a 3.18)
4. ☐ Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
5. ☐ Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
6. ☐ Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
7. ☐ Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
8. ☐ Desastre natural (Pase a 3.13)
9. ☐ Accidente (Pase a 3.14)
10. ☐ Víctima de violencia (Pase a 3.15)
11. ☐ Conflicto armado (Pase a 3.16)
12. ☐ Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
13. ☐ Otra causa (Pase a 3.18)

3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Medio ambiente físico del lugar de trabajo
2. ☐ Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
3. ☐ Contaminantes (químicos, biológicos)
4. ☐ Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
5. ☐ Organización del trabajo (psicolaborales)
6. ☐ Otra causa

3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Psicoactivos aceptados socialmente
2. ☐ Psicoactivos socialmente no aceptados

3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Terremoto
2. ☐ Inundación
3. ☐ Deslizamiento
4. ☐ Otro desastre natural

3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Del tránsito
2. ☐ En el hogar
3. ☐ En el centro educativo
4. ☐ De trabajo
5. ☐ Deportivo
6. ☐ Otro tipo de accidente

3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.16)
1. ☐ Al interior del hogar
2. ☐ Delincuencia común
3. ☐ Social
4. ☐ Otra

3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)
1. ☐ Arma de fuego
2. ☐ Bomba
3. ☐ Minas Antipersonales MAP
4. ☐ Municiones sin Explotar MUSE
5. ☐ Artefactos Explosivos Improvisados AEI
6. ☐ Otro tipo de arma

3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)
1. ☐ Atención médica inoportuna
2. ☐ Equivocaciones en el diagnóstico
3. ☐ Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
4. ☐ Deficiencias en la calidad de la atención
5. ☐ Otra

3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?
1. ☐ Si
2. ☒ No
3. ☐ No sabe

3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad?: Colombia

3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad? Cesar

3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad? La Paz

CAPITULO IV. SALUD

4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?
1. ☐ Si
2. ☒ No

4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
1. ☐ Si
2. ☒ No

4.3 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (SM)
1. ☒ Atención general en salud
2. ☐ Atención en salud por causa de su discapacidad
3. ☐ Ninguna

4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?
1. ☐ Si
2. ☒ No

4.5 ¿Le ordenaron usar? (SM)
1. ☒ Ayudas técnicas
2. ☐ Prótesis
3. ☐ Medicamentos
4. ☐ Ninguna

4.6 ¿Utiliza actualmente? (SM)
1. ☒ Ayudas técnicas
2. ☐ Prótesis
3. ☐ Medicamentos
4. ☐ Ninguna

4.7 ¿Cree que aún necesita? (SM)
1. ☒ Ayudas técnicas
2. ☐ Prótesis
3. ☐ Medicamentos
4. ☐ Ninguna

4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?
1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 4.10)

4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria? (SU)
1. ☐ Algún miembro del hogar
2. ☐ Persona externa no empleada
3. ☐ Persona externa empleada para ayudarlo
4. ☐ Otra

4.9.1. ¿Sexo de la persona que más le ayuda a desarrollar sus actividades de la vida diaria?
1. ☐ Hombre 2. ☐ Mujer

4.10 ¿Se está recuperando de su discapacidad?
1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 4.12)

4.11 Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación? (SU)
1. ☐ A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
2. ☐ Al apoyo de la familia
3. ☐ A su empeño por salir adelante
4. ☐ A la ayuda de Dios
5. ☐ A la acción de la medicina alternativa
6. ☐ Otro

4.12 ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? (SM)
1. ☐ Medicina física y de rehabilitación
2. ☐ Psiquiatría
3. ☐ Fisioterapia
4. ☐ Fonoaudiología
5. ☐ Terapia ocupacional
6. ☒ Optometría
7. ☐ Psicología
8. ☐ Trabajo social
9. ☐ Medicamentos permanentes
10. ☐ Otro tipo de rehabilitación
11. ☐ Ninguno (Pase a 4.16)

4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 4.16)

4.14 ¿Quién paga la rehabilitación? (SU)
1. ☐ El sistema general de salud
2. ☐ La familia
3. ☐ Personalmente
4. ☐ Una ONG
5. ☐ El empleador
6. ☐ Otro

4.15 El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: (SU)
1. ☐ Público (Pase a 5.1)
2. ☐ Privado (Pase a 5.1)
3. ☐ No sabe (Pase a 5.1)

4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)
1. ☒ Ya terminó el servicio de rehabilitación
2. ☐ Cree que ya no lo necesita
3. ☐ No le gusta
4. ☐ Falta de dinero
5. ☐ El centro de atención queda muy lejos
6. ☐ No hay quién lo lleve
7. ☐ No ha sido autorizado por el asegurador
8. ☐ No sabe

4.17 ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [1 2]

4.17.1 ¿Y cuántos meses lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ]

4.18 ¿Sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación?
1. ☐ Si
2. ☒ No

CAPITULO V. EDUCACIÓN Para personas de 3 años y más

5.1 ¿Sabe leer y escribir? (Sólo para personas de 5 años y más)
1. ☒ Si
2. ☐ No

5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?
1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 5.6)

5.3 ¿El establecimiento donde estudia es: ? (SU)
1. ☐ Público
2. ☐ Privado

5.4 Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo: (SM)
1. ☐ Pedagógicos
2. ☐ Tecnológicos
3. ☐ Terapéuticos
4. ☐ Comunicativos
5. ☐ Administrativos
6. ☐ Financieros
7. ☐ Ninguno

5.5 ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
1. ☐ Si (Pase a 5.7)
2. ☐ No (Pase a 5.7)

5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia? (SU)
1. ☐ Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
2. ☐ Costos educativos elevados o falta de dinero
3. ☐ Por falta de tiempo
4. ☐ No aprobó el examen de ingreso
5. ☐ Falta de cupos
6. ☐ No existe centro educativo cercano
7. ☒ Necesita trabajar
8. ☐ No le gusta o no le interesa el estudio
9. ☐ Perdió el año o fue expulsado
10. ☐ Su familia no quiere que estudie
11. ☐ Por su discapacidad
12. ☐ Otra razón

5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó? (SU)
1. Preescolar [1] [1] [2]
2. Básica primaria [1] [2] [3] [4] [5]
3. Básica secundaria [6] [7] [8] [9] [10] [11]
4. Técnico o Tecnológico [1] [2] [3]
5. Universitario [1] [2] [3] [4] [5] [6]
6. Postgrado [1] [2] [3] [4] [5]
7. Ninguno [1] (Pase a 5.11)

5.8 ¿Hace cuántos años? [5 0]

CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más - Continuación

5.9 Repitió algún año escolar? (Desde primero de primaria a grado Doce de bachillerato)

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 5.10)

5.9.1 Qué grado y cuántas veces:

Grado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
No. de veces												

5.10 ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1. [X] Si
2. [ ] No

5.11 Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

6.1 Participa en actividades: (SM)

1. [ ] Con la familia y amigos
2. [X] Con la comunidad
3. [ ] Religiosas o espirituales
4. [ ] Productivas
5. [ ] Deportivas o de recreación
6. [ ] Culturales
7. [ ] Educación para el trabajo y desarrollo humano
8. [ ] Ciudadanas
9. [ ] Otras
10. [ ] Ninguna

6.2 ¿Actualmente participa en alguna organización? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [X] Si (Pase a 6.4)
2. [ ] No

6.3 Señale la razón por la cual no participa en ninguna organización: (SU) (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Falta de dinero
2. [ ] Falta de tiempo
3. [ ] No existe o no la conoce
4. [ ] Siente rechazo u obstaculización
5. [ ] Por su discapacidad
6. [ ] No cree en ellas
7. [ ] Sus principios o creencias se lo impiden
8. [ ] Prefiere resolver sus problemas sólo
9. [ ] Otra

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO VII. TRABAJO: Para personas de 10 años y más

7.1 Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: (SU) (Aplica para personas de 3 años y más)

1. [ ] Trabajando
2. [ ] Buscando trabajo (Pase a 7.5)
3. [X] Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión (Pase a 7.5)
4. [ ] Incapacitado permanente para trabajar - con pensión (Pase a 7.5)
5. [ ] Estudiando (Pase a 7.5)
6. [ ] Realizando oficios del hogar (Pase a 7.5)
7. [ ] Recibiendo renta (Pase a 7.5)
8. [ ] Pensionado - jubilado (Pase a 7.5)
9. [ ] Realizando actividades de autoconsumo (Pase a 7.5)
10. [ ] Otra actividad (Pase a 7.5)

7.2 Usted tiene contrato de trabajo: (SU)

1. [ ] A término fijo
2. [ ] A término indefinido
3. [ ] Sin contrato

7.3 La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: (SU)

1. [ ] Industria
2. [ ] Comercio
3. [ ] Agrícola
4. [ ] Pecuaria
5. [ ] Servicios
6. [ ] Otra actividad

7.4 En el trabajo se desempeña como: (SU)

1. [ ] Empleado del gobierno
2. [ ] Empleado particular
3. [ ] Jornalero o peón
4. [ ] Patrón o empleador
5. [ ] Trabajador por cuenta propia
6. [ ] Empleado(a) doméstico(a)
7. [ ] Trabajador familiar sin remuneración

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

1. [X] Si
2. [ ] No

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (SU)

1. [X] Sin ingreso
2. [ ] Menos de $500.000,oo
3. [ ] De $ 500.001,oo a $1'000.000,oo
4. [ ] De $1'000.001,oo a $1'000.000,oo
5. [ ] De $1'000.001,oo a $2'000.000,oo
6. [ ] De $2'000.001,oo a $2'000.000,oo
7. [ ] Más de $2'500.000,oo
8. [ ] No informa

7.7 Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 7.9)

7.8 ¿Dónde recibió la capacitación? (SU)

1. [ ] SENA
2. [ ] Otra institución pública
3. [ ] Una institución privada

7.9 Necesita capacitación para: (SU)

1. [ ] Mejorar su actividad productiva
2. [ ] Cambiar de actividad productiva
3. [X] No necesita capacitación

CAPITULO VIII. DATOS DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO

8.1 Tipo de Identificación

1. [X] CC Cédula de ciudadanía
2. [ ] CE Cédula de extranjería
3. [ ] PA Pasaporte
4. [ ] CD Carnet diplomático

8.2 Número de Identificación 1109142419

8.3 Primer Apellido Ochoa

8.4 Segundo Apellido Meza

8.5 Primer Nombre Maryinfer

8.6 Segundo Nombre

8.7 Departamento donde se realiza el registro Cesar

8.8 Municipio donde se realiza el registro El Paso

8.9 Nombre Unidad Generadora de Dato (UGD)

8.10 Fecha de Registro AAAA 2012 MM 12 DD 12

Observaciones

Autorizo al Ministerio de Salud y Protección Social entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad: SI_____ NO_____

Ver 4.0

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario N°

Tipo de Identificación (SU)
1. [ ] RC Registro civil
2. [ ] TI Tarjeta de identidad
3. [X] CC Cédula de ciudadanía
4. [ ] CE Cédula de extranjería
5. [ ] PA Pasaporte
6. [ ] CD Carnet diplomático

Número de Identificación: 1 5 1 0 1 1 7 1 9 1 1 8 1

CAPITULO I. INFORMACIÓN PERSONAL

1.1 Fecha de diligenciamiento: AAAA 2014 MM 12 DD 04

1.2 Primer Apellido: Vanegas

1.3 Segundo Apellido: Arrieta

1.4 Primer Nombre: Medardo

1.5 Segundo Nombre: Julio

1.6 Sexo
1. [X] Hombre 2. [ ] Mujer

1.7 Fecha de Nacimiento: AAAA 1943 MM 08 DD 21

1.8 Tipo de población (SM)
1. [ ] Habitantes de la Calle
2. [ ] Población infantil a cargo del ICBF
3. [ ] Madres comunitarias
4. [ ] Artistas, sufores, compositores
5. [ ] Población sisbenizada
6. [ ] Población desmovilizada
7. [ ] Población en condiciones de desplazamiento forzado
8. [ ] Población en centros psiquiátricos
9. [ ] Población rural migratoria
10. [ ] Población en centros carcelarios
11. [ ] Población Rural no Migratoria
12. [ ] Pob.de la tercera edad en protección de ancianato
13. [X] Adulto Mayor
14. [ ] Cabeza de Familia
15. [ ] Mujer Embarazada
16. [ ] Mujer Lactante
17. [ ] Trabajador Urbano
18. [ ] Trabajador Rural
19. [ ] Víctima de Violencia Armada
20. [ ] Jóvenes vulnerables rurales
21. [ ] Jóvenes vulnerables urbanos
22. [ ] Sin ocupación
23. [ ] Ninguno

1.9 Actualmente vive
1. [X] Solo (Pase a 1.12)
2. [ ] Acompañado

1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar? 1

1.11 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad? 1

1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Sólo para personas de 10 años y más)
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 1.15)

1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años

1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años

1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?
1. [ ] Si
2. [X] No

1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1. [ ] Protección
2. [ ] Hogar sustituto
3. [ ] Hogar comunitario
4. [ ] Hogar infantil
5. [ ] Club juvenil
6. [X] Otro programa de bienestar
7. [ ] Ninguno

1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1. [ ] Indígena
2. [ ] ROM (Gitanos)
3. [ ] Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
4. [ ] Palenquero de San Basilio
5. [X] Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
6. [ ] Ninguno de los anteriores
7. [ ] Otra Etnia

CAPITULO II. LOCALIZACION Y VIVIENDA

2.1 Departamento: Cesar

2.2 Municipio: El Paso

2.3 Área (SU)
1. [ ] Cabecera Municipal (Área urbana)
2. [X] Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
3. [ ] Rural disperso

2.4 Nombre Localidad / comuna: La loma

2.5 Nombre del centro poblado:

2.6 Nombre del Barrio o Vereda: 8 de Diciembre

2.7 Dirección: Por la tienda el Jabon

2.8 Número de teléfono: 3117216316131491312

2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
1. [X] Estrato 1
2. [ ] Estrato 2
3. [ ] Estrato 3
4. [ ] Estrato 4
5. [ ] Estrato 5
6. [ ] Estrato 6
7. [ ] Sin Estrato

2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de (SM)
1. [X] Energía eléctrica
2. [ ] Alcantarillado
3. [ ] Gas natural conectado a red pública
4. [ ] Teléfono
5. [ ] Recolección de basuras
6. [X] Acueducto
7. [ ] Ninguno

2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?
1. [ ] Si
2. [X] No

2.12 Actualmente vive en (SU)
1. [X] Casa
2. [ ] Apartamento
3. [ ] Cuarto
4. [ ] Institución pública (Pase a 3.1)
5. [ ] Institución privada (Pase a 3.1)
6. [ ] Calle (Pase a 3.1)
7. [ ] Otro tipo de vivienda

2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1. [ ] Arriendo o subarriendo
2. [ ] Vivienda Propia y la está pagando
3. [ ] Vivienda Propia totalmente pagada
4. [X] Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
5. [ ] Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
6. [ ] Otra condición

CAPITULO III: CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones Permanentes en: (SM)

1. [ ] El sistema nervioso
2. [ ] Los ojos
3. [X] Los oídos
4. [ ] Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
5. [ ] La voz, el habla
6. [ ] El sistema cardiorespiratorio, las defensas
7. [ ] La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. [ ] El sistema genital, urinario, reproductivo
9. [ ] El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. [ ] La piel, las uñas, el cabello
11. [ ] Ninguno (Persona sin Discapacidad)

3.2 De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta? [13]

3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud: Perdida auditiva

3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta alteración permanente? [11]

3.3.1. ¿Hace cuántos meses presenta esta alteración permanente? [1]

3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)

1. [ ] Pensar, memorizar
2. [ ] Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. [X] Oír, aun con aparatos especiales
4. [ ] Distinguir sabores u olores
5. [ ] Hablar y comunicarse
6. [ ] Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. [ ] Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8. [ ] Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. [ ] Caminar, correr, saltar
10. [ ] Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11. [ ] Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. [ ] Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. [ ] Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. [ ] Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. [ ] Otra
16. [ ] Ninguno (Pase a 3.6)

3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)

1. [ ] Movilidad
2. [X] Sensorial Auditiva
3. [ ] Sensorial Visual
4. [ ] Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
5. [ ] Sistémica
6. [ ] Mental Cognitivo
7. [ ] Mental Psicosocial
8. [ ] Voz y Habla
9. [ ] Piel, Uñas y Cabello
10. [ ] Enanismo
11. [ ] No la sabe nombrar
12. [ ] Múltiple

3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)

1. [ ] Familiares
2. [ ] Amigos, compañeros
3. [ ] Vecinos
4. [ ] Funcionarios, empleados
5. [ ] Otras personas
6. [X] Nadie

3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)

1. [ ] Dormitorio
2. [ ] Sala - comedor
3. [ ] Baño - sanitario
4. [ ] Escaleras
5. [ ] Pasillos - patios
6. [ ] Andenes - aceras
7. [ ] Calles, vías
8. [ ] Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
9. [ ] Paraderos, terminales de transporte
10. [ ] Vehículos de transporte público
11. [ ] Centros educativos
12. [ ] Lugares de trabajo
13. [ ] Centros de salud, hospitales
14. [ ] Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
15. [ ] Otros lugares
16. [X] Ninguno

3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)

1. [ ] Medios escritos
2. [X] Radio
3. [ ] Televisión
4. [ ] Teléfono
5. [ ] Internet
6. [ ] Ninguno

3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 3.18)

3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)

1. [ ] Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
2. [ ] Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
3. [ ] Enfermedad general (Pase a 3.18)
4. [ ] Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
5. [ ] Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
6. [ ] Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
7. [ ] Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
8. [ ] Desastre natural (Pase a 3.13)
9. [ ] Accidente (Pase a 3.14)
10. [ ] Víctima de violencia (Pase a 3.15)
11. [ ] Conflicto armado (Pase a 3.16)
12. [ ] Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
13. [ ] Otra causa (Pase a 3.18)

3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)

1. [ ] Medio ambiente físico del lugar de trabajo
2. [ ] Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
3. [ ] Contaminantes (químicos, biológicos)
4. [ ] Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
5. [ ] Organización del trabajo (psicolaborales)
6. [ ] Otra causa

3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)

1. [ ] Psicoactivos aceptados socialmente
2. [ ] Psicoactivos socialmente no aceptados

3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)

1. [ ] Terremoto
2. [ ] Inundación
3. [ ] Deslizamiento
4. [ ] Otro desastre natural

3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)

1. [ ] Del tránsito
2. [ ] En el hogar
3. [ ] En el centro educativo
4. [ ] De trabajo
5. [ ] Deportivo
6. [ ] Otro tipo de accidente

3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.16)

1. [ ] Al interior del hogar
2. [ ] Delincuencia común
3. [ ] Social
4. [ ] Otra

3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)

1. [ ] Arma de fuego
2. [ ] Bomba
3. [ ] Minas Antipersonales MAP
4. [ ] Municiones sin Explotar MUSE
5. [ ] Artefactos Explosivos Improvisados AEI
6. [ ] Otro tipo de arma

3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)

1. [ ] Atención médica inoportuna
2. [ ] Equivocaciones en el diagnóstico
3. [ ] Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
4. [ ] Deficiencias en la calidad de la atención
5. [ ] Otra

3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?

1. [ ] Si
2. [ ] No
3. [X] No sabe

3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad?: Colombia

3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad? Cesar

3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad? El Paso

Ver 4.0

CAPITULO IV. SALUD

4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?
1. [X] Si
2. [ ] No

4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.3 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (SM)
1. [ ] Atención general en salud
2. [X] Atención en salud por causa de su discapacidad
3. [ ] Ninguna

4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?
1. [X] Si
2. [ ] No

4.5 ¿Le ordenaron usar? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [X] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.6 ¿Utiliza actualmente? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [X] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.7 ¿Cree que aún necesita? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [X] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.10)

4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria? (SU)
1. [ ] Algún miembro del hogar
2. [ ] Persona externa no empleada
3. [ ] Persona externa empleada para ayudarlo
4. [ ] Otra

4.9.1. ¿Sexo de la persona que más le ayuda a desarrollar sus actividades de la vida diaria?
1. [ ] Hombre 2. [ ] Mujer

4.10 ¿Se está recuperando de su discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.12)

4.11 Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación? (SU)
1. [ ] A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
2. [ ] Al apoyo de la familia
3. [ ] A su empeño por salir adelante
4. [ ] A la ayuda de Dios
5. [ ] A la acción de la medicina alternativa
6. [ ] Otro

4.12 ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? (SM)
1. [ ] Medicina física y de rehabilitación
2. [ ] Psiquiatría
3. [ ] Fisioterapia
4. [X] Fonoaudiología
5. [ ] Terapia ocupacional
6. [ ] Optometría
7. [ ] Psicología
8. [ ] Trabajo social
9. [ ] Medicamentos permanentes
10. [ ] Otro tipo de rehabilitación
11. [ ] Ninguno (Pase a 4.16)

4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.16)

4.14 ¿Quién paga la rehabilitación? (SU)
1. [ ] El sistema general de salud
2. [ ] La familia
3. [ ] Personalmente
4. [ ] Una ONG
5. [ ] El empleador
6. [ ] Otro

4.15 El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: (SU)
1. [ ] Público (Pase a 5.1)
2. [ ] Privado (Pase a 5.1)
3. [ ] No sabe (Pase a 5.1)

4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)
1. [ ] Ya terminó el servicio de rehabilitación
2. [ ] Cree que ya no lo necesita
3. [ ] No le gusta
4. [X] Falta de dinero
5. [ ] El centro de atención queda muy lejos
6. [ ] No hay quién lo lleve
7. [ ] No ha sido autorizado por el asegurador
8. [ ] No sabe

4.17 ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [1]

4.17.1 ¿Y cuántos meses lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [11]

4.18 ¿Sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más

5.1 ¿Sabe leer y escribir? (Sólo para personas de 5 años y más)
1. [X] Si
2. [ ] No

5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 5.6)

5.3 ¿El establecimiento donde estudia es: ? (SU)
1. [ ] Público
2. [ ] Privado

5.4 Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento Cuenta con servicios de apoyo: (SM)
1. [ ] Pedagógicos
2. [ ] Tecnológicos
3. [ ] Terapéuticos
4. [ ] Comunicativos
5. [ ] Administrativos
6. [ ] Financieros
7. [ ] Ninguno

5.5 ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
1. [ ] Si (Pase a 5.7)
2. [ ] No (Pase a 5.7)

5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia? (SU)
1. [ ] Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
2. [ ] Costos educativos elevados o falta de dinero
3. [X] Por falta de tiempo
4. [ ] No aprobó el examen de ingreso
5. [ ] Falta de cupos
6. [ ] No existe centro educativo cercano
7. [ ] Necesita trabajar
8. [ ] No le gusta o no le interesa el estudio
9. [ ] Perdió el año o fue expulsado
10. [ ] Su familia no quiere que estudie
11. [ ] Por su discapacidad
12. [ ] Otra razón

5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó? (SU)
1. Preescolar [1] [2] [3]
2. Básica primaria [1] [2] [3] [4] [5]
3. Básica secundaria [6] [7] [8] [9] [10] [11]
4. Técnico o Tecnológico [1] [2] [3]
5. Universitario [1] [2] [3] [4] [5] [6]
6. Postgrado [1] [2] [3] [4] [5]
7. Ninguno [0] (Pase a 5.11)

5.8 ¿Hace cuántos años?
15

CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más - Continuación

5.9 Repitió algún año escolar? (Desde primero de primaria a grado Doce de bachillerato)

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 5.10)

5.9.1 Qué grado y cuantas veces:

Grado: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

No. de veces: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

5.10 ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1. [X] Si
2. [ ] No

5.11 Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO VI. PARTICIPACION EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

6.1 Participa en actividades: (SM)

1. [ ] Con la familia y amigos
2. [X] Con la comunidad
3. [ ] Religiosas o espirituales
4. [ ] Productivas
5. [ ] Deportivas o de recreación
6. [ ] Culturales
7. [ ] Educación para el trabajo y desarrollo humano
8. [ ] Ciudadanas
9. [ ] Otras
10. [ ] Ninguna

6.2 ¿Actualmente participe en alguna organización? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Si (Pase a 6.4)
2. [X] No

6.3 Señale la razón por la cual no participa en ninguna organización: (SU) (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Falta de dinero
2. [ ] Falta de tiempo
3. [ ] No existe o no la conoce
4. [ ] Siente rechazo u obstaculación
5. [ ] Por su discapacidad
6. [ ] No cree en ellas
7. [ ] Sus principios o creencias se lo impiden
8. [ ] Prefiere resolver sus problemas sólo
9. [ ] Otra

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [X] Si
2. [ ] No

CAPITULO VII. TRABAJO: Para personas de 10 años y más

7.1 Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: (SU) (Aplica para personas de 3 años y más)

1. [ ] Trabajando
2. [ ] Buscando trabajo (Pase a 7.5)
3. [X] Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión (Pase a 7.5)
4. [ ] Incapacitado permanente para trabajar - con pensión (Pase a 7.5)
5. [ ] Estudiando (Pase a 7.5)
6. [ ] Realizando oficios del hogar (Pase a 7.5)
7. [ ] Recibiendo renta (Pase a 7.5)
8. [ ] Pensionado - jubilado (Pase a 7.5)
9. [ ] Realizando actividades de autoconsumo (Pase a 7.5)
10. [ ] Otra actividad (Pase a 7.5)

7.2 Usted tiene contrato de trabajo: (SU)

1. [ ] A término fijo
2. [ ] A término indefinido
3. [ ] Sin contrato

7.3 La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: (SU)

1. [ ] Industria
2. [ ] Comercio
3. [ ] Agrícola
4. [ ] Pecuaria
5. [ ] Servicios
6. [ ] Otra actividad

7.4 En el trabajo se desempeña como: (SU)

1. [ ] Empleado del gobierno
2. [ ] Empleado particular
3. [ ] Jornalero o peón
4. [ ] Patrón o empleador
5. [ ] Trabajador por cuenta propia
6. [ ] Empleado(a) doméstico(a)
7. [ ] Trabajador familiar sin remuneración

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

1. [X] Si
2. [ ] No

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (SU)

1. [X] Sin ingreso
2. [ ] Menos de $500.000,oo
3. [ ] De $ 500.001,oo a $1'000.000,oo
4. [ ] De $1'000.001,oo a $1'000.000,oo
5. [ ] De $1'000.001,oo a $2'000.000,oo
6. [ ] De $2'000.001,oo a $2'000.000,oo
7. [ ] Más de $2'500.000,oo
8. [ ] No informa

7.7 Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 7.9)

7.8 ¿Dónde recibió la capacitación? (SU)

1. [ ] SENA
2. [ ] Otra institución pública
3. [ ] Una institución privada

7.9 Necesita capacitación para: (SU)

1. [ ] Mejorar su actividad productiva
2. [ ] Cambiar de actividad productiva
3. [X] No necesita capacitación

CAPITULO VIII. DATOS DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO

8.1 Tipo de Identificación

1. [X] CC Cédula de ciudadanía
2. [ ] CE Cédula de extranjería
3. [ ] PA Pasaporte
4. [ ] CD Carnet diplomático

8.2 Número de identificación: 1 1 9 1 2 1 7 1 6 1 2 1 9 3 1 0 1

8.3 Primer Apellido: Acosta

8.4 Segundo Apellido: Andrades

8.5 Primer Nombre: Beatriz

8.6 Segundo Nombre:

8.7 Departamento donde se realiza el registro: Cesar

8.8 Municipio donde se realiza el registro: El Paso

8.9 Nombre Unidad Generadora de Dato (UGD):

8.10 Fecha de Registro: AAAA [ ] [ ] [ ] [ ] MM [ ] [ ] DD [ ] [ ]

Observaciones:

Autorizo al Ministerio de Salud y Protección Social entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad: SI_____ NO_____

Ver 4.0

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario Nº

Tipo de Identificación (SU)
1. ☐ RC Registro civil
2. ☐ TI Tarjeta de identidad
3. ☒ CC Cédula de ciudadanía
4. ☐ CE Cédula de extranjería
5. ☐ PA Pasaporte
6. ☐ CD Carnet diplomático

Número de Identificación: 1846158615

CAPITULO I. INFORMACIÓN PERSONAL

1.1 Fecha de diligenciamiento: AAAA 2014 MM 12 DD 09

1.2 Primer Apellido: San Juan

1.3 Segundo Apellido: Dominguez

1.4 Primer Nombre: Prospero

1.5 Segundo Nombre:

1.6 Sexo
1. ☒ Hombre 2. ☐ Mujer

1.7 Fecha de Nacimiento: AAAA 1937 MM 08 DD 14

1.8 Tipo de población (SM)
1. ☐ Habitantes de la Calle
2. ☐ Población infantil a cargo del ICBF
3. ☐ Madres comunitarias
4. ☐ Artistas, autores, compositores
5. ☐ Población alsbenizada
6. ☐ Población desmovilizada
7. ☐ Población en condiciones de desplazamiento forzado
8. ☐ Población en centros psiquiátricos
9. ☐ Población rural migratoria
10. ☐ Población en centros carcelarios
11. ☐ Población Rural no Migratoria
12. ☐ Pob.de la tercera edad en protección de ancianato
13. ☒ Adulto Mayor
14. ☐ Cabeza de Familia
15. ☐ Mujer Embarazada
16. ☐ Mujer Lactante
17. ☐ Trabajador Urbano
18. ☐ Trabajador Rural
19. ☐ Víctima de Violencia Armada
20. ☐ Jóvenes vulnerables rurales
21. ☐ Jóvenes vulnerables urbanos
22. ☐ Sin ocupación
23. ☐ Ninguno

1.9 Actualmente vive
1. ☒ Solo (Pase a 1.12)
2. ☐ Acompañado

1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar? 11

1.11 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad? 1

1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Sólo para personas de 10 años y más)
1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 1.15)

1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años

1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años

1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?
1. ☐ Si
2. ☒ No

1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1. ☐ Protección
2. ☐ Hogar sustituto
3. ☐ Hogar comunitario
4. ☐ Hogar infantil
5. ☐ Club juvenil
6. ☒ Otro programa de bienestar
7. ☐ Ninguno

1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1. ☐ Indígena
2. ☐ ROM (Gitanos)
3. ☐ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
4. ☐ Palenquero de San Basilio
5. ☒ Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
6. ☐ Ninguno de los anteriores
7. ☐ Otra Etnia

CAPITULO II. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

2.1 Departamento: Cesar

2.2 Municipio: El Paso

2.3 Área (SU)
1. ☐ Cabecera Municipal (Área urbana)
2. ☒ Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
3. ☐ Rural disperso

2.4 Nombre Localidad / comuna: la loma.

2.5 Nombre del centro poblado:

2.6 Nombre del Barrio o Vereda: B. 1 de Abril.

2.7 Dirección:

2.8 Número de teléfono:

2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
1. ☒ Estrato 1
2. ☐ Estrato 2
3. ☐ Estrato 3
4. ☐ Estrato 4
5. ☐ Estrato 5
6. ☐ Estrato 6
7. ☐ Sin Estrato

2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de: (SM)
1. ☒ Energía eléctrica
2. ☐ Alcantarillado
3. ☐ Gas natural conectado a red pública
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Recolección de basuras
6. ☒ Acueducto
7. ☐ Ninguno

2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?
1. ☐ Si
2. ☒ No

2.12 Actualmente vive en: (SU)
1. ☒ Casa
2. ☐ Apartamento
3. ☐ Cuarto
4. ☐ Institución pública (Pase a 3.1)
5. ☐ Institución privada (Pase a 3.1)
6. ☐ Calle (Pase a 3.1)
7. ☐ Otro tipo de vivienda

2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1. ☐ Arriendo o subarriendo
2. ☐ Vivienda Propia y la está pagando
3. ☒ Vivienda Propia totalmente pagada
4. ☐ Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
5. ☐ Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
6. ☐ Otra condición

Ver 4.0

2 CAPÍTULO III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones Permanentes en: (SM)

1. ☐ El sistema nervioso
2. ☒ Los ojos
3. ☐ Los oídos
4. ☐ Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
5. ☐ La voz, el habla
6. ☐ El sistema cardiorespiratorio, las defensas
7. ☐ La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. ☐ El sistema genital, urinario, reproductivo
9. ☐ El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. ☐ La piel, las uñas, el cabello
11. ☐ Ninguno (Persona sin Discapacidad)

3.2. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta? [2]

3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud:
Pérdida de la vista

3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta alteración permanente? [18]

3.3.1. ¿Hace cuántos meses presenta esta alteración permanente? [1]

3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)

1. ☐ Pensar, memorizar
2. ☑ Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. ☐ Oír, aun con aparatos especiales
4. ☐ Distinguir sabores u olores
5. ☐ Hablar y comunicarse
6. ☐ Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. ☐ Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8. ☐ Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. ☐ Caminar, correr, saltar
10. ☐ Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11. ☐ Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. ☐ Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. ☐ Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. ☐ Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. ☐ Otra
16. ☐ Ninguno (Pase a 3.6)

3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)

1. ☐ Movilidad
2. ☐ Sensorial Auditiva
3. ☒ Sensorial Visual
4. ☐ Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
5. ☐ Sistémica
6. ☐ Mental Cognitivo
7. ☐ Mental Psicosocial
8. ☐ Voz y Habla
9. ☐ Piel, Uñas y Cabello
10. ☐ Enanismo
11. ☐ No la sabe nombrar
12. ☐ Múltiple

3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)

1. ☐ Familiares
2. ☐ Amigos, compañeros
3. ☐ Vecinos
4. ☐ Funcionarios, empleados
5. ☐ Otras personas
6. ☒ Nadie

3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)

1. ☐ Dormitorio
2. ☐ Sala - comedor
3. ☐ Baño - sanitario
4. ☐ Escaleras
5. ☐ Pasillos - patios
6. ☐ Andenes - aceras
7. ☐ Calles, vías
8. ☐ Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
9. ☐ Paraderos, terminales de transporte
10. ☐ Vehículos de transporte público
11. ☐ Centros educativos
12. ☐ Lugares de trabajo
13. ☐ Centros de salud, hospitales
14. ☐ Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
15. ☐ Otros lugares
16. ☒ Ninguno

3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)

1. ☐ Medios escritos
2. ☐ Radio
3. ☐ Televisión
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Internet
6. ☒ Ninguno

3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 3.18)

3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)

1. ☐ Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
2. ☐ Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
3. ☐ Enfermedad general (Pase a 3.18)
4. ☐ Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
5. ☐ Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
6. ☐ Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
7. ☐ Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
8. ☐ Desastre natural (Pase a 3.13)
9. ☐ Accidente (Pase a 3.14)
10. ☐ Víctima de violencia (Pase a 3.15)
11. ☐ Conflicto armado (Pase a 3.16)
12. ☐ Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
13. ☐ Otra causa (Pase a 3.18)

3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Medio ambiente físico del lugar de trabajo
2. ☐ Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
3. ☐ Contaminantes (químicos, biológicos)
4. ☐ Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
5. ☐ Organización del trabajo (psicolaborales)
6. ☐ Otra causa

3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Psicoactivos aceptados socialmente
2. ☐ Psicoactivos socialmente no aceptados

3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Terremoto
2. ☐ Inundación
3. ☐ Deslizamiento
4. ☐ Otro desastre natural

3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Del tránsito
2. ☐ En el hogar
3. ☐ En el centro educativo
4. ☐ De trabajo
5. ☐ Deportivo
6. ☐ Otro tipo de accidente

3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Al interior del hogar
2. ☐ Delincuencia común
3. ☐ Social
4. ☐ Otra

3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Arma de fuego
2. ☐ Bomba
3. ☐ Minas Antipersonales MAP
4. ☐ Municiones sin Explotar MUSE
5. ☐ Artefactos Explosivos Improvisados AEI
6. ☐ Otro tipo de arma

3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)

1. ☐ Atención médica inoportuna
2. ☐ Equivocaciones en el diagnóstico
3. ☐ Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
4. ☐ Deficiencias en la calidad de la atención
5. ☐ Otra

3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☒ No sabe

3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad?
Venezuela

3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad?
Trujillo

3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad?
Divi divi

Ver 4.0

CAPITULO IV. SALUD

4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?
1. [X] Si
2. [ ] No

4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.3 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (SM)
1. [X] Atención general en salud
2. [ ] Atención en salud por causa de su discapacidad
3. [ ] Ninguna

4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.5 ¿Le ordenaron usar? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [X] Ninguna

4.6 ¿Utiliza actualmente? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [X] Ninguna

4.7 ¿Cree que aún necesita? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [X] Ninguna

4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.10)

4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria? (SU)
1. [ ] Algún miembro del hogar
2. [ ] Persona externa no empleada
3. [ ] Persona externa empleada para ayudarlo
4. [ ] Otra

4.9.1 ¿Sexo de la persona que más le ayuda a desarrollar sus actividades de la vida diaria?
1. [ ] Hombre 2. [ ] Mujer

4.10 ¿Se está recuperando de su discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.12)

4.11 Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación? (SU)
1. [ ] A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
2. [ ] Al apoyo de la familia
3. [ ] A su empeño por salir adelante
4. [ ] A la ayuda de Dios
5. [ ] A la acción de la medicina alternativa
6. [ ] Otro

4.12 ¿Cuál tipo de rehabilitación le ordenaron? (SM)
1. [ ] Medicina física y de rehabilitación
2. [ ] Psiquiatría
3. [ ] Fisioterapia
4. [ ] Fonoaudiología
5. [ ] Terapia ocupacional
6. [X] Optometría
7. [ ] Psicología
8. [ ] Trabajo social
9. [ ] Medicamentos permanentes
10. [ ] Otro tipo de rehabilitación
11. [ ] Ninguno (Pase a 4.15)

4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.16)

4.14 ¿Quién paga la rehabilitación? (SU)
1. [ ] El sistema general de salud
2. [ ] La familia
3. [ ] Personalmente
4. [ ] Una ONG
5. [ ] El empleador
6. [ ] Otro

4.15 El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: (SU)
1. [ ] Público (Pase a 5.1)
2. [ ] Privado (Pase a 5.1)
3. [ ] No sabe (Pase a 5.1)

4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)
1. [ ] Ya terminó el servicio de rehabilitación
2. [ ] Cree que ya no lo necesita
3. [ ] No le gusta
4. [ ] Falta de dinero
5. [ ] El centro de atención queda muy lejos
6. [ ] No hay quién lo lleve
7. [X] No ha sido autorizado por el asegurador
8. [ ] No sabe

4.17 ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ]

4.17.1 ¿Y cuántos meses lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ]

4.18 ¿Sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO V. EDUCACIÓN Para personas de 3 años y más

5.1 ¿Sabe leer y escribir? (Sólo para personas de 5 años y más)
1. [ ] Si
2. [X] No

5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 5.6)

5.3 ¿El establecimiento donde estudia es: ? (SU)
1. [ ] Público
2. [ ] Privado

5.4 Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento Cuenta con servicios de apoyo: (SM)
1. [ ] Pedagógicos
2. [ ] Tecnológicos
3. [ ] Terapéuticos
4. [ ] Comunicativos
5. [ ] Administrativos
6. [ ] Financieros
7. [ ] Ninguno

5.5 ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
1. [ ] Si (Pase a 5.7)
2. [ ] No (Pase a 5.7)

5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia? (SU)
1. [ ] Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
2. [ ] Costos educativos elevados o falta de dinero
3. [ ] Por falta de tiempo
4. [ ] No aprobó el examen de ingreso
5. [ ] Falta de cupos
6. [ ] No existe centro educativo cercano
7. [X] Necesita trabajar
8. [ ] No le gusta o no le interesa el estudio
9. [ ] Perdió el año o fue expulsado
10. [ ] Su familia no quiere que estudie
11. [ ] Por su discapacidad
12. [ ] Otra razón

5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó? (SU)
1. Preescolar [0] [1] [2]
2. Básica primaria [1] [2] [3] [4] [5]
3. Básica secundaria [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12]
4. Técnico o Tecnológico [1] [2] [3]
5. Universitario [1] [2] [3] [4] [5] [6]
6. Postgrado [1] [2] [3] [4] [5]
7. Ninguno [X] (Pase a 5.11)

5.8 ¿Hace cuántos años? [ ]

CAPITULO V. EDUCACION: Para personas de 3 años y más - Continuación

5.9 Repitió algún año escolar? (Desde primero de primaria a grado Doce de bachillerato)

1. [ ] Si
2. [ ] No (Pase a 5.10)

5.9.1 Qué grado y cuántas veces:

Grado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
No. de veces												

5.10 ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1. [ ] Si
2. [ ] No

5.11 Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1. [X] Si
2. [ ] No

CAPITULO VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

6.1 Participa en actividades: (SM)

1. [X] Con la familia y amigos
2. [X] Con la comunidad
3. [ ] Religiosas o espirituales
4. [ ] Productivas
5. [ ] Deportivas u de recreación
6. [ ] Culturales
7. [ ] Educación para el trabajo y desarrollo humano
8. [ ] Ciudadanas
9. [ ] Otras
10. [ ] Ninguna

6.2 ¿Actualmente participa en alguna organización? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [X] Si (Pase a 6.4)
2. [ ] No

6.3 Señala la razón por la cual no participa en ninguna organización: (SU) (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Falta de dinero
2. [ ] Falta de tiempo
3. [ ] No existe o no la conoce
4. [ ] Siente rechazo u obstaculización
5. [ ] Por su discapacidad
6. [ ] No cree en ellas
7. [ ] Sus principios o creencias se lo impiden
8. [ ] Prefiere resolver sus problemas sólo
9. [ ] Otra

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO VII. TRABAJO: Para personas de 10 años y más

7.1 Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: (SU) (Aplica para personas de 3 años y más)

1. [ ] Trabajando
2. [ ] Buscando trabajo (Pase a 7.5)
3. [ ] Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión (Pase a 7.5)
4. [ ] Incapacitado permanente para trabajar - con pensión (Pase a 7.5)
5. [ ] Estudiando (Pase a 7.5)
6. [ ] Realizando oficios del hogar (Pase a 7.5)
7. [ ] Recibiendo renta (Pase a 7.5)
8. [ ] Pensionado - jubilado (Pase a 7.5)
9. [X] Realizando actividades de autoconsumo (Pase a 7.5)
10. [ ] Otra actividad (Pase a 7.5)

7.2 Usted tiene contrato de trabajo: (SU)

1. [ ] A término fijo
2. [ ] A término indefinido
3. [ ] Sin contrato

7.3 La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: (SU)

1. [ ] Industria
2. [ ] Comercio
3. [ ] Agrícola
4. [ ] Pecuaria
5. [ ] Servicios
6. [ ] Otra actividad

7.4 En el trabajo se desempeña como: (SU)

1. [ ] Empleado del gobierno
2. [ ] Empleado particular
3. [ ] Jornalero o peón
4. [ ] Patrón o empleador
5. [ ] Trabajador por cuenta propia
6. [ ] Empleado(a) doméstico(a)
7. [ ] Trabajador familiar sin remuneración

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

1. [X] Si
2. [ ] No

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (SU)

1. [X] Sin ingreso
2. [ ] Menos de $500.000,oo
3. [ ] De $ 500.001,oo a $1'000.000,oo
4. [ ] De $1'000.001,oo a $1'000.000,oo
5. [ ] De $1'000.001,oo a $2'000.000,oo
6. [ ] De $2'000.001,oo a $2'000.000,oo
7. [ ] Más de $2'500.000,oo
8. [ ] No informa

7.7 Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 7.9)

7.8 ¿Donde recibió la capacitación? (SU)

1. [ ] SENA
2. [ ] Otra institución pública
3. [ ] Una institución privada

7.9 Necesita capacitación para: (SU)

1. [ ] Mejorar su actividad productiva
2. [ ] Cambiar de actividad productiva
3. [X] No necesita capacitación

CAPITULO VIII. DATOS DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO

8.1 Tipo de Identificación

1. [X] CC Cédula de ciudadanía
2. [ ] CE Cédula de extranjería
3. [ ] PA Pasaporte
4. [ ] CD Carnet diplomático

8.2 Número de identificación 1091412492521

8.3 Primer Apellido Ochoa

8.4 Segundo Apellido Meza

8.5 Primer Nombre Hiyenifer

8.6 Segundo Nombre

8.7 Departamento donde se realiza el registro Cesar

8.8 Municipio donde se realiza el registro El Paso

8.9 Nombre Unidad Generadora de Dato (UGD)

8.10 Fecha de Registro AAAA 2024 MM 12 DD 05

Observaciones

Autorizo al Ministerio de Salud y Protección Social entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad: SI_____ NO_____

Ver 4.0

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario N°

Tipo de Identificación (SU)
1. ☐ RC Registro civil
2. ☐ TI Tarjeta de identidad
3. ☒ CC Cedula de ciudadania
4. ☐ CE Cédula de extranjeria
5. ☐ PA Pasaporte
6. ☐ CD Carnet diplomático

Número de identificación: 1123191518141 6

CAPITULO I. INFORMACIÓN PERSONAL

1.1 Fecha de diligenciamiento: AAAA 2012 MM 12 DD 04

1.2 Primer Apellido: Valle

1.3 Segundo Apellido: Daza

1.4 Primer Nombre: Angel

1.5 Segundo Nombre: Darrel

1.6 Sexo
1. ☒ Hombre 2. ☐ Mujer

1.7 Fecha de Nacimiento: AAAA 1991 MM 05 DD 15

1.8 Tipo de población (SM)
1. ☐ Habitantes de la Calle
2. ☐ Población infantil a cargo del ICBF
3. ☐ Madres comunitarias
4. ☐ Artistas, autores, compositores
5. ☐ Población desplazada
6. ☐ Población desmovilizada
7. ☐ Población en condiciones de desplazamiento forzado
8. ☐ Población en centros psiquiátricos
9. ☐ Población rural migratoria
10. ☐ Población en centros carcelarios
11. ☐ Población Rural no Migratoria
12. ☐ Pob.de la tercera edad en protección de ancianato
13. ☒ Adulto Mayor
14. ☐ Cabeza de Familia
15. ☐ Mujer Embarazada
16. ☐ Mujer Lactante
17. ☐ Trabajador Urbano
18. ☐ Trabajador Rural
19. ☐ Victima de Violencia Armada
20. ☐ Jóvenes vulnerables rurales
21. ☐ Jóvenes vulnerables urbanos
22. ☐ Sin ocupación
23. ☐ Ninguno

1.9 Actualmente vive
1. ☒ Solo (Pase a 1.12)
2. ☐ Acompañado

1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar? 1

1.11 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad? 1

1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Sólo para personas de 10 años y más)
1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 1.15)

1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años

1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años

1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?
1. ☐ Si
2. ☒ No

1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1. ☐ Protección
2. ☐ Hogar sustituto
3. ☐ Hogar comunitario
4. ☐ Hogar Infantil
5. ☐ Club juvenil
6. ☒ Otro programa de bienestar
7. ☐ Ninguno

1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1. ☐ Indígena
2. ☐ ROM (Gitanos)
3. ☐ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
4. ☐ Palenquero de San Basilio
5. ☒ Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
6. ☐ Ninguno de los anteriores
7. ☐ Otra Etnia

CAPITULO II. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

2.1 Departamento: Cesar

2.2 Municipio: El Paso

2.3 Área (SU)
1. ☐ Cabecera Municipal (Área urbana)
2. ☒ Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
3. ☐ Rural disperso

2.4 Nombre Localidad / comuna: La loma

2.5 Nombre del centro poblado:

2.6 Nombre del Barrio o Vereda: Primero la gente

2.7 Dirección: N.A.

2.8 Número de teléfono: 3118171717618171

2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
1. ☒ Estrato 1
2. ☐ Estrato 2
3. ☐ Estrato 3
4. ☐ Estrato 4
5. ☐ Estrato 5
6. ☐ Estrato 6
7. ☐ Sin Estrato

2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de (SM)
1. ☒ Energía eléctrica
2. ☐ Alcantarillado
3. ☐ Gas natural conectado a red pública
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Recolección de basuras
6. ☒ Acueducto
7. ☐ Ninguno

2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?
1. ☐ Si
2. ☒ No

2.12 Actualmente vive en (SU)
1. ☒ Casa
2. ☐ Apartamento
3. ☐ Cuarto
4. ☐ Institución pública (Pase a 3.1)
5. ☐ Institución privada (Pase a 3.1)
6. ☐ Calle (Pase a 3.1)
7. ☐ Otro tipo de vivienda

2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1. ☐ Arriendo o subarriendo
2. ☐ Vivienda Propia y la está pagando
3. ☐ Vivienda Propia totalmente pagada
4. ☒ Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
5. ☐ Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
6. ☐ Otra condición

CAPITULO III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones Permanentes en: (SM)

1. ☐ El sistema nervioso
2. ☒ Los ojos
3. ☐ Los oídos
4. ☐ Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
5. ☐ La voz, el habla
6. ☐ El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. ☐ La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. ☐ El sistema genital, urinario, reproductivo
9. ☐ El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. ☐ La piel, las uñas, el cabello
11. ☐ Ninguno (Persona sin Discapacidad)

3.2. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta? [2]

3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud: Perdida de la Vista

3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta alteración permanente? [30]

3.3.1. ¿Hace cuántos meses presenta esta alteración permanente? [ ]

3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)

1. ☐ Pensar, memorizar
2. ☒ Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. ☐ Oír, aun con aparatos especiales
4. ☐ Distinguir sabores u olores
5. ☐ Hablar y comunicarse
6. ☐ Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. ☐ Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8. ☐ Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. ☐ Caminar, correr, saltar
10. ☐ Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11. ☐ Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. ☐ Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. ☐ Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. ☐ Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. ☐ Otra
16. ☐ Ninguno (Pase a 3.6)

3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)

1. ☐ Movilidad
2. ☒ Sensorial Auditiva
3. ☐ Sensorial Visual
4. ☐ Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
5. ☐ Sistémica
6. ☐ Mental Cognitiva
7. ☐ Mental Psicosocial
8. ☐ Voz y Habla
9. ☐ Piel, Uñas y Cabello
10. ☐ Enanismo
11. ☐ No la sabe nombrar
12. ☐ Múltiple

3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)

1. ☐ Familiares
2. ☐ Amigos, compañeros
3. ☐ Vecinos
4. ☐ Funcionarios, empleados
5. ☐ Otras personas
6. ☒ Nadie

3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)

1. ☐ Dormitorio
2. ☐ Sala - comedor
3. ☐ Baño - sanitario
4. ☐ Escaleras
5. ☐ Pasillos - patios
6. ☐ Andenes - aceras
7. ☐ Calles, vías
8. ☐ Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
9. ☐ Paraderos, terminales de transporte
10. ☐ Vehículos de transporte público
11. ☐ Centros educativos
12. ☐ Lugares de trabajo
13. ☐ Centros de salud, hospitales
14. ☐ Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
15. ☐ Otros lugares
16. ☒ Ninguno

3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)

1. ☐ Medios escritos
2. ☐ Radio
3. ☐ Televisión
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Internet
6. ☒ Ninguno

3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 3.18)

3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)

1. ☐ Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
2. ☐ Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
3. ☐ Enfermedad general (Pase a 3.18)
4. ☐ Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
5. ☐ Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
6. ☐ Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
7. ☐ Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
8. ☐ Desastre natural (Pase a 3.13)
9. ☐ Accidente (Pase a 3.14)
10. ☐ Víctima de violencia (Pase a 3.15)
11. ☐ Conflicto armado (Pase a 3.16)
12. ☐ Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
13. ☐ Otra causa (Pase a 3.18)

3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Medio ambiente físico del lugar de trabajo
2. ☐ Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
3. ☐ Contaminantes (químicos, biológicos)
4. ☐ Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
5. ☐ Organización del trabajo (psicolaborales)
6. ☐ Otra causa

3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Psicoactivos aceptados socialmente
2. ☐ Psicoactivos socialmente no aceptados

3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Terremoto
2. ☐ Inundación
3. ☐ Deslizamiento
4. ☐ Otro desastre natural

3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Del tránsito
2. ☐ En el hogar
3. ☐ En el centro educativo
4. ☐ De trabajo
5. ☐ Deportivo
6. ☐ Otro tipo de accidente

3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Al interior del hogar
2. ☐ Delincuencia común
3. ☐ Social
4. ☐ Otra

3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Arma de fuego
2. ☐ Bomba
3. ☐ Minas Antipersonales MAP
4. ☐ Municiones sin Explotar MUSE
5. ☐ Artefactos Explosivos Improvisados AEI
6. ☐ Otro tipo de arma

3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)

1. ☐ Atención médica inoportuna
2. ☐ Equivocaciones en el diagnóstico
3. ☐ Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
4. ☐ Deficiencias en la calidad de la atención
5. ☐ Otra

3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☒ No sabe

3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad?: Colombia

3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad? Cesar

3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad? El Paso

CAPITULO IV. SALUD

4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?
1. [X] Si
2. [ ] No

4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.3 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (SM)
1. [ ] Atención general en salud
2. [ ] Atención en salud por causa de su discapacidad
3. [X] Ninguna

4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?
1. [X] Si
2. [ ] No

4.5 ¿Le ordenaron usar? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [X] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.6 ¿Utiliza actualmente? (SM)
1. [ ] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [X] Ninguna

4.7 ¿Cree que aún necesita? (SM)
1. [X] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.10)

4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria? (SU)
1. [ ] Algún miembro del hogar
2. [ ] Persona externa no empleada
3. [ ] Persona externa empleada para ayudarlo
4. [ ] Otra

4.9.1. ¿Sexo de la persona que más le ayuda a desarrollar sus actividades de la vida diaria?
1. [ ] Hombre 2. [ ] Mujer

4.10 ¿Se está recuperando de su discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.12)

4.11 Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación? (SU)
1. [ ] A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
2. [ ] Al apoyo de la familia
3. [ ] A su empeño por salir adelante
4. [ ] A la ayuda de Dios
5. [ ] A la acción de la medicina alternativa
6. [ ] Otro

4.12 ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? (SM)
1. [ ] Medicina física y de rehabilitación
2. [ ] Psiquiatría
3. [ ] Fisioterapia
4. [ ] Fonoaudiología
5. [ ] Terapia ocupacional
6. [X] Optometría
7. [ ] Psicología
8. [ ] Trabajo social
9. [ ] Medicamentos permanentes
10. [ ] Otro tipo de rehabilitación
11. [ ] Ninguno (Pase a 4.16)

4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.16)

4.14 ¿Quién paga la rehabilitación? (SU)
1. [ ] El sistema general de salud
2. [ ] La familia
3. [ ] Personalmente
4. [ ] Una ONG
5. [ ] El empleador
6. [ ] Otro

4.15 El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: (SU)
1. [ ] Público (Pase a 5.1)
2. [ ] Privado (Pase a 5.1)
3. [ ] No sabe (Pase a 5.1)

4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)
1. [ ] Ya terminó el servicio de rehabilitación
2. [ ] Cree que ya no lo necesita
3. [ ] No le gusta
4. [X] Falta de dinero
5. [ ] El centro de atención queda muy lejos
6. [ ] No hay quién lo lleve
7. [ ] No ha sido autorizado por el asegurador
8. [ ] No sabe

4.17 ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [9][0]

4.17.1 ¿Y cuántos meses lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ][1]

4.18 ¿Sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación?
1. [X] Si
2. [ ] No

CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más

5.1 ¿Sabe leer y escribir? (Sólo para personas de 5 años y más)
1. [X] Si
2. [ ] No

5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 5.6)

5.3 ¿El establecimiento donde estudia es: ? (SU)
1. [ ] Público
2. [ ] Privado

5.4 Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento Cuenta con servicios de apoyo: (SM)
1. [ ] Pedagógicos
2. [ ] Tecnológicos
3. [ ] Terapéuticos
4. [ ] Comunicativos
5. [ ] Administrativos
6. [ ] Financieros
7. [ ] Ninguno

5.5 ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
1. [ ] Si (Pase a 5.7)
2. [ ] No (Pase a 5.7)

5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia? (SU)
1. [ ] Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
2. [ ] Costos educativos elevados o falta de dinero
3. [X] Por falta de tiempo
4. [ ] No aprobó el examen de ingreso
5. [ ] Falta de cupos
6. [ ] No existe centro educativo cercano
7. [ ] Necesita trabajar
8. [ ] No le gusta o no le interesa el estudio
9. [ ] Perdió el año o fue expulsado
10. [ ] Su familia no quiere que estudie
11. [ ] Por su discapacidad
12. [ ] Otra razón

5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó? (SU)

1. Preescolar	[1]	[2]	[3]				
2. Básica primaria	[1]	[X]	[3]	[4]	[5]		
3. Básica secundaria	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
4. Técnico o Tecnológico	[1]	[2]	[3]				
5. Universitario	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
6. Postgrado	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]		
7. Ninguno	[0] (Pase a 5.11)						

5.8 ¿Hace cuántos años? [4][0]

CAPITULO V. EDUCACION: Para personas de 3 años y más - Continuación

5.9 Repitió algún año escolar? (Desde primero de primaria a grado Doce de bachillerato)

1. ☐ SI
2. ☒ No (Pase a 5.10)

5.9.1 Qué grado y cuántas veces:

Grado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
No. de veces												

5.10 ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1. ☒ Si
2. ☐ No

5.11 Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1. ☒ Si
2. ☐ No

CAPITULO VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

6.1 Participa en actividades: (SM)

1. ☒ Con la familia y amigos
2. ☐ Con la comunidad
3. ☐ Religiosas o espirituales
4. ☐ Productivas
5. ☐ Deportivas o de recreación
6. ☐ Culturales
7. ☐ Educación para el trabajo y desarrollo humano
8. ☐ Ciudadanas
9. ☐ Otras
10. ☐ Ninguna

6.2 ¿Actualmente participa en alguna organización? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. ☒ Si (Pase a 6.4)
2. ☐ No

6.3 Señale la razón por la cual no participa en ninguna organización: (SU) (Sólo para personas de 10 años y más)

1. ☐ Falta de dinero
2. ☐ Falta de tiempo
3. ☐ No existe o no la conoce
4. ☐ Siente rechazo u obstaculación
5. ☐ Por su discapacidad
6. ☐ No cree en ellas
7. ☐ Sus principios o creencias se lo impiden
8. ☐ Prefiere resolver sus problemas sólo
9. ☐ Otra

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. ☒ Si
2. ☐ No

CAPITULO VII. TRABAJO: Para personas de 10 años y más

7.1 Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: (SU) (Aplica para personas de 3 años y más)

1. ☐ Trabajando
2. ☐ Buscando trabajo (Pase a 7.5)
3. ☒ Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión (Pase a 7.5)
4. ☐ Incapacitado permanente para trabajar - con pensión (Pase a 7.5)
5. ☐ Estudiando (Pase a 7.5)
6. ☐ Realizando oficios del hogar (Pase a 7.5)
7. ☐ Recibiendo renta (Pase a 7.5)
8. ☐ Pensionado - jubilado (Pase a 7.5)
9. ☐ Realizando actividades de autoconsumo (Pase a 7.5)
10. ☐ Otra actividad (Pase a 7.5)

7.2 Usted tiene contrato de trabajo: (SU)

1. ☐ A término fijo
2. ☐ A término indefinido
3. ☒ Sin contrato

7.3 La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: (SU)

1. ☐ Industria
2. ☐ Comercio
3. ☐ Agrícola
4. ☐ Pecuaria
5. ☐ Servicios
6. ☐ Otra actividad

7.4 En el trabajo se desempeña como: (SU)

1. ☐ Empleado del gobierno
2. ☐ Empleado particular
3. ☐ Jornalero o peón
4. ☐ Patrón o empleador
5. ☐ Trabajador por cuenta propia
6. ☐ Empleado(a) doméstico(a)
7. ☐ Trabajador familiar sin remuneración

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

1. ☒ Si
2. ☐ No

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (SU)

1. ☒ Sin Ingreso
2. ☐ Menos de $500.000,oo
3. ☐ De $ 500.001,oo a $1'000.000,oo
4. ☐ De $1'000.001,oo a $1'000.000,oo
5. ☐ De $1'000.001,oo a $2'000.000,oo
6. ☐ De $2'000.001,oo a $2'000.000,oo
7. ☐ Más de $2'500.000,oo
8. ☐ No informa

7.7 Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 7.9)

7.8 ¿Dónde recibió la capacitación? (SU)

1. ☐ SENA
2. ☐ Otra institución pública
3. ☐ Una institución privada

7.9 Necesita capacitación para: (SU)

1. ☐ Mejorar su actividad productiva
2. ☐ Cambiar de actividad productiva
3. ☒ No necesita capacitación

CAPITULO VIII. DATOS DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO

8.1 Tipo de Identificación

1. ☒ CC Cédula de ciudadanía
2. ☐ CE Cédula de extranjería
3. ☐ PA Pasaporte
4. ☐ CD Carnet diplomático

8.2 Número de identificación 1 1 1 9 1 2 1 7 1 6 1 2 8 3 1 0 1

8.3 Primer Apellido Acosta

8.4 Segundo Apellido Andrades

8.5 Primer Nombre Beatriz

8.6 Segundo Nombre

8.7 Departamento donde se realiza el registro Cesar

8.8 Municipio donde se realiza el registro El Paso

8.9 Nombre Unidad Generadora de Dato (UGD)

8.10 Fecha de Registro AAAA [ ][ ][ ][ ] MM [ ][ ] DD [ ][ ]

Observaciones:

Autorizo al Ministerio de Salud y Protección Social entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad: SI_____ NO_____

Ver 4.0

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario Nº

Tipo de Identificación (SU)
1. [ ] RC Registro civil
2. [ ] TI Tarjeta de identidad
3. [X] CC Cédula de ciudadanía
4. [ ] CE Cédula de extranjería
5. [ ] PA Pasaporte
6. [ ] CD Carnet diplomático

Número de Identificación: 1123911515131

CAPITULO I. INFORMACIÓN PERSONAL

1.1 Fecha de diligenciamiento: AAAA 2012 MM 12 DD 019

1.2 Primer Apellido: Lopez

1.3 Segundo Apellido: Romero

1.4 Primer Nombre: Domiciano

1.5 Segundo Nombre:

1.6 Sexo
1. [X] Hombre 2. [ ] Mujer

1.7 Fecha de Nacimiento: AAAA 1911 MM 04 DD 015

1.8 Tipo de población (SM)
1. [ ] Habitantes de la Calle
2. [ ] Población infantil a cargo del ICBF
3. [ ] Madres comunitarias
4. [ ] Artistas, autores, compositores
5. [ ] Población sisbenizada
6. [ ] Población desmovilizada
7. [ ] Población en condiciones de desplazamiento forzado
8. [ ] Población en centros psiquiátricos
9. [ ] Población rural migratoria
10. [ ] Población en centros carcelarios
11. [ ] Población Rural no Migratoria
12. [ ] Pob.de la tercera edad en protección de ancianato
13. [X] Adulto Mayor
14. [ ] Cabeza de Familia
15. [ ] Mujer Embarazada
16. [ ] Mujer Lactante
17. [ ] Trabajador Urbano
18. [ ] Trabajador Rural
19. [ ] Victima de Violencia Armada
20. [ ] Jóvenes vulnerables rurales
21. [ ] Jóvenes vulnerables urbanos
22. [ ] Sin ocupación
23. [ ] Ninguno

1.9 Actualmente vive
1. [ ] Solo (Pase a 1.12)
2. [X] Acompañado

1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar? 12

1.11 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad? 11

1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Sólo para personas de 10 años y más)
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 1.15)

1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años: 1

1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años: 1

1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?
1. [ ] Si
2. [X] No

1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1. [ ] Protección
2. [ ] Hogar sustituto
3. [ ] Hogar comunitario
4. [ ] Hogar infantil
5. [ ] Club juvenil
6. [X] Otro programa de bienestar
7. [ ] Ninguno

1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1. [ ] Indígena
2. [ ] ROM (Gitanos)
3. [ ] Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
4. [ ] Palenquero de San Basilio
5. [X] Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
6. [ ] Ninguno de los anteriores
7. [ ] Otra Etnia

CAPITULO II. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

2.1 Departamento: Cesar

2.2 Municipio: El Paso

2.3 Área (SU)
1. [ ] Cabecera Municipal (Área urbana)
2. [X] Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
3. [ ] Rural disperso

2.4 Nombre Localidad / comuna: la loma.

2.5 Nombre del centro poblado:

2.6 Nombre del Barrio o Vereda: El Centro

2.7 Dirección: Cr 11 # 11- 102

2.8 Número de teléfono:

2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
1. [X] Estrato 1
2. [ ] Estrato 2
3. [ ] Estrato 3
4. [ ] Estrato 4
5. [ ] Estrato 5
6. [ ] Estrato 6
7. [ ] Sin Estrato

2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de (SM)
1. [X] Energía eléctrica
2. [X] Alcantarillado
3. [ ] Gas natural conectado a red pública
4. [ ] Teléfono
5. [ ] Recolección de basuras
6. [X] Acueducto
7. [ ] Ninguno

2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?
1. [ ] Si
2. [X] No

2.12 Actualmente vive en (SU)
1. [X] Casa
2. [ ] Apartamento
3. [ ] Cuarto
4. [ ] Institución pública (Pase a 3.1)
5. [ ] Institución privada (Pase a 3.1)
6. [ ] Calle (Pase a 3.1)
7. [ ] Otro tipo de vivienda

2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1. [ ] Arriendo o subarriendo
2. [ ] Vivienda Propia y la está pagando
3. [X] Vivienda Propia totalmente pagada
4. [ ] Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
5. [ ] Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
6. [ ] Otra condición

CAPITULO III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones Permanentes en: (SM)

1. ☐ El sistema nervioso
2. ☐ Los ojos
3. ☒ Los oídos
4. ☐ Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
5. ☐ La voz, el habla
6. ☐ El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. ☐ La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. ☐ El sistema genital, urinario, reproductivo
9. ☐ El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. ☐ La piel, las uñas, el cabello
11. ☐ Ninguno (Persona sin Discapacidad)

3.2. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta? [3]

3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud:
Perdida auditiva

3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta alteración permanente? [12]

3.3.1. ¿Hace cuántos meses presenta esta alteración permanente? [1]

3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)

1. ☐ Pensar, memorizar
2. ☐ Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. ☒ Oír, aun con aparatos especiales
4. ☐ Distinguir sabores u olores
5. ☐ Hablar y comunicarse
6. ☐ Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. ☐ Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8. ☐ Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. ☐ Caminar, correr, saltar
10. ☐ Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11. ☐ Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. ☐ Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. ☐ Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. ☐ Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. ☐ Otra
16. ☐ Ninguno (Pase a 3.6)

3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)

1. ☐ Movilidad
2. ☒ Sensorial Auditiva
3. ☐ Sensorial Visual
4. ☐ Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
5. ☐ Sistémica
6. ☐ Mental Cognitiva
7. ☐ Mental Psicosocial
8. ☐ Voz y Habla
9. ☐ Piel, Uñas y Cabello
10. ☐ Enanismo
11. ☐ No le sabe nombrar
12. ☐ Múltiple

3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)

1. ☐ Familiares
2. ☐ Amigos, compañeros
3. ☐ Vecinos
4. ☐ Funcionarios, empleados
5. ☐ Otras personas
6. ☒ Nadie

3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)

1. ☐ Dormitorio
2. ☐ Sala - comedor
3. ☐ Baño - sanitario
4. ☐ Escaleras
5. ☐ Pasillos - patios
6. ☐ Andenes - aceras
7. ☐ Calles, vías
8. ☐ Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
9. ☐ Paraderos, terminales de transporte
10. ☐ Vehículos de transporte público
11. ☐ Centros educativos
12. ☐ Lugares de trabajo
13. ☐ Centros de salud, hospitales
14. ☐ Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
15. ☐ Otros lugares
16. ☒ Ninguno

3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)

1. ☐ Medios escritos
2. ☐ Radio
3. ☐ Televisión
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Internet
6. ☒ Ninguno

3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 3.18)

3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)

1. ☐ Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
2. ☐ Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
3. ☐ Enfermedad general (Pase a 3.18)
4. ☐ Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
5. ☐ Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
6. ☐ Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
7. ☐ Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
8. ☐ Desastre natural (Pase a 3.13)
9. ☐ Accidente (Pase a 3.14)
10. ☐ Víctima de violencia (Pase a 3.15)
11. ☐ Conflicto armado (Pase a 3.16)
12. ☐ Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
13. ☐ Otra causa (Pase a 3.18)

3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Medio ambiente físico del lugar de trabajo
2. ☐ Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
3. ☐ Contaminantes (químicos, biológicos)
4. ☐ Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
5. ☐ Organización del trabajo (psicolaborales)
6. ☐ Otra causa

3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Psicoactivos aceptados socialmente
2. ☐ Psicoactivos socialmente no aceptados

3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Terremoto
2. ☐ Inundación
3. ☐ Deslizamiento
4. ☐ Otro desastre natural

3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Del tránsito
2. ☐ En el hogar
3. ☐ En el centro educativo
4. ☐ De trabajo
5. ☐ Deportivo
6. ☐ Otro tipo de accidente

3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.16)

1. ☐ Al interior del hogar
2. ☐ Delincuencia común
3. ☐ Social
4. ☐ Otra

3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Arma de fuego
2. ☐ Bomba
3. ☐ Minas Antipersonales MAP
4. ☐ Municiones sin Explotar MUSE
5. ☐ Artefactos Explosivos Improvisados AEI
6. ☐ Otro tipo de arma

3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)

1. ☐ Atención médica inoportuna
2. ☐ Equivocaciones en el diagnóstico
3. ☐ Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
4. ☐ Deficiencias en la calidad de la atención
5. ☐ Otra

3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☒ No sabe

3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad?
Colombia

3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad?
Cesar

3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad?
El paso

CAPÍTULO IV. SALUD

4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.3 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (SM)
1. [ ] Atención general en salud
2. [ ] Atención en salud por causa de su discapacidad
3. [X] Ninguna

4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.5 ¿Le ordenaron usar? (SM)
1. [X] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.6 ¿Utiliza actualmente? (SM)
1. [X] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.7 ¿Cree que aún necesita? (SM)
1. [X] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.10)

4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria? (SU)
1. [ ] Algún miembro del hogar
2. [ ] Persona externa no empleada
3. [ ] Persona externa empleada para ayudarlo
4. [ ] Otra

4.9.1. ¿Sexo de la persona que más le ayuda a desarrollar sus actividades de la vida diaria?
1. [ ] Hombre 2. [ ] Mujer

4.10 ¿Se está recuperando de su discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.12)

4.11 Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación? (SU)
1. [ ] A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
2. [ ] Al apoyo de la familia
3. [ ] A su empeño por salir adelante
4. [ ] A la ayuda de Dios
5. [ ] A la acción de la medicina alternativa
6. [ ] Otro

4.12 ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? (SM)
1. [ ] Medicina física y de rehabilitación
2. [ ] Psiquiatría
3. [ ] Fisioterapia
4. [ ] Fonoaudiología
5. [ ] Terapia ocupacional
6. [ ] Optometría
7. [ ] Psicología
8. [ ] Trabajo social
9. [ ] Medicamentos permanentes
10. [X] Otro tipo de rehabilitación
11. [ ] Ninguno (Pase a 4.16)

4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.16)

4.14 ¿Quién paga la rehabilitación? (SU)
1. [ ] El sistema general de salud
2. [ ] La familia
3. [ ] Personalmente
4. [ ] Una ONG
5. [ ] El empleador
6. [ ] Otro

4.15 El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: (SU)
1. [ ] Público (Pase a 5.1)
2. [ ] Privado (Pase a 5.1)
3. [ ] No sabe (Pase a 5.1)

4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)
1. [ ] Ya terminó el servicio de rehabilitación
2. [ ] Cree que ya no lo necesita
3. [ ] No le gusta
4. [ ] Falta de dinero
5. [ ] El centro de atención queda muy lejos
6. [ ] No hay quién lo lleve
7. [X] No ha sido autorizado por el asegurador
8. [ ] No sabe

4.17 ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [12]

4.17.1 ¿Y cuántos meses lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ]

4.18 ¿Sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No

CAPÍTULO V. EDUCACIÓN. Para personas de 3 años y más

5.1 ¿Sabe leer y escribir? (Sólo para personas de 5 años y más)
1. [ ] Si
2. [X] No

5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 5.6)

5.3 ¿El establecimiento donde estudia es: ? (SU)
1. [ ] Público
2. [ ] Privado

5.4 Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento Cuenta con servicios de apoyo: (SM)
1. [ ] Pedagógicos
2. [ ] Tecnológicos
3. [ ] Terapéuticos
4. [ ] Comunicativos
5. [ ] Administrativos
6. [ ] Financieros
7. [ ] Ninguno

5.5 ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
1. [ ] Si (Pase a 5.7)
2. [ ] No (Pase a 5.7)

5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia? (SU)
1. [ ] Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
2. [ ] Costos educativos elevados o falta de dinero
3. [ ] Por falta de tiempo
4. [ ] No aprobó el examen de ingreso
5. [ ] Falta de cupos
6. [ ] No existe centro educativo cercano
7. [X] Necesita trabajar
8. [ ] No le gusta o no le interesa el estudio
9. [ ] Perdió el año o fue expulsado
10. [ ] Su familia no quiere que estudie
11. [ ] Por su discapacidad
12. [ ] Otra razón

5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó? (SU)
1. Preescolar [1] [2] [3]
2. Básica primaria [1] [2] [3] [4] [5]
3. Básica secundaria [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12]
4. Técnico o Tecnológico [1] [2] [3]
5. Universitario [1] [2] [3] [4] [5] [6]
6. Postgrado [1] [2] [3] [4] [5]
7. Ninguno [X] (Pase a 5.11)

5.8 ¿Hace cuántos años? [ ]

CAPITULO V. EDUCACION: Para personas de 3 años y más - Continuación

5.9 Repitió algún año escolar? (Desde primero de primaria a grado Doce de bachillerato)

1. [ ] Si
2. [ ] No (Pase a 5.10)

5.9.1 Qué grado y cuántas veces:

Grado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
No. de veces												

5.10 ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1. [ ] Si
2. [ ] No

5.11 Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

6.1 Participa en actividades: (SM)

1. [X] Con la familia y amigos
2. [X] Con la comunidad
3. [ ] Religiosas o espirituales
4. [ ] Productivas
5. [ ] Deportivas o de recreación
6. [ ] Culturales
7. [ ] Educación para el trabajo y desarrollo humano
8. [ ] Ciudadanas
9. [ ] Otras
10. [ ] Ninguna

6.2 ¿Actualmente participa en alguna organización? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Si (Pase a 6.4)
2. [X] No

6.3 Señale la razón por la cual no participa en ninguna organización: (SU) (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Falta de dinero
2. [ ] Falta de tiempo
3. [ ] No existe o no la conoce
4. [ ] Siente rechazo u obstaculación
5. [ ] Por su discapacidad
6. [ ] No cree en ellas
7. [ ] Sus principios o creencias se lo impiden
8. [ ] Prefiere resolver sus problemas sólo
9. [ ] Otra

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO VII. TRABAJO: Para personas de 10 años y más

7.1 Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: (SU) (Aplica para personas de 3 años y más)

1. [ ] Trabajando
2. [ ] Buscando trabajo (Pase a 7.5)
3. [X] Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión (Pase a 7.5)
4. [ ] Incapacitado permanente para trabajar - con pensión (Pase a 7.5)
5. [ ] Estudiando (Pase a 7.5)
6. [ ] Realizando oficios del hogar (Pase a 7.5)
7. [ ] Recibiendo renta (Pase a 7.5)
8. [ ] Pensionado - jubilado (Pase a 7.5)
9. [ ] Realizando actividades de autoconsumo (Pase a 7.5)
10. [ ] Otra actividad (Pase a 7.5)

7.2 Usted tiene contrato de trabajo: (SU)

1. [ ] A término fijo
2. [ ] A término indefinido
3. [ ] Sin contrato

7.3 La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: (SU)

1. [ ] Industria
2. [ ] Comercio
3. [ ] Agrícola
4. [ ] Pecuaria
5. [ ] Servicios
6. [ ] Otra actividad

7.4 En el trabajo se desempeña como: (SU)

1. [ ] Empleado del gobierno
2. [ ] Empleado particular
3. [ ] Jornalero o peón
4. [ ] Patrón o empleador
5. [ ] Trabajador por cuenta propia
6. [ ] Empleado(a) doméstico(a)
7. [ ] Trabajador familiar sin remuneración

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

1. [ ] Si
2. [X] No

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (SU)

1. [X] Sin Ingreso
2. [ ] Menos de $500.000,oo
3. [ ] De $ 500.001,oo a $1'000.000,oo
4. [ ] De $1'000.001,oo a $1'000.000,oo
5. [ ] De $1'000.001,oo a $2'000.000,oo
6. [ ] De $2'000.001,oo a $2'000.000,oo
7. [ ] Más de $2'500.000,oo
8. [ ] No Informa

7.7 Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 7.9)

7.8 ¿Dónde recibió la capacitación? (SU)

1. [ ] SENA
2. [ ] Otra institución pública
3. [ ] Una institución privada

7.9 Necesita capacitación para: (SU)

1. [ ] Mejorar su actividad productiva
2. [ ] Cambiar de actividad productiva
3. [X] No necesita capacitación

CAPITULO VIII. DATOS DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO

8.1 Tipo de Identificación

1. [X] CC Cédula de ciudadanía
2. [ ] CE Cédula de extranjería
3. [ ] PA Pasaporte
4. [ ] CD Carnet diplomático

8.2 Número de identificación 1064124182517

8.3 Primer Apellido Ochoa

8.4 Segundo Apellido Meza

8.5 Primer Nombre Yeimer

8.6 Segundo Nombre

8.7 Departamento donde se realiza el registro Cesar

8.8 Municipio donde se realiza el registro El Paso

8.9 Nombre Unidad Generadora de Dato (UGD)

8.10 Fecha de Registro AAAA 2024 MM 12 DD 09

Observaciones

Autorizo al Ministerio de Salud y Protección Social entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad: SI_____ NO_____

Ver 4.0

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario Nº

Tipo de Identificación (SU)
1. ☐ RC Registro civil
2. ☐ TI Tarjeta de identidad
3. ☒ CC Cédula de ciudadanía
4. ☐ CE Cédula de extranjería
5. ☐ PA Pasaporte
6. ☐ CD Carnet diplomático

Número de Identificación: 1 1 2 5 2 1 1 0 1 0 8

CAPITULO I. INFORMACIÓN PERSONAL

1.1 Fecha de diligenciamiento: AAAA 2014 MM 07 DD 09

1.2 Primer Apellido: Espino

1.3 Segundo Apellido: Rincon

1.4 Primer Nombre: Manuel

1.5 Segundo Nombre: Antonio

1.6 Sexo
1. ☒ Hombre 2. ☐ Mujer

1.7 Fecha de Nacimiento: AAAA 1991 MM 11 DD 03

1.8 Tipo de población (SM)
1. ☐ Habitantes de la Calle
2. ☐ Población infantil a cargo del ICBF
3. ☐ Madres comunitarias
4. ☐ Artistas, autores, compositores
5. ☐ Población alberizada
6. ☐ Población desmovilizada
7. ☐ Población en condiciones de desplazamiento forzado
8. ☐ Población en centros psiquiátricos
9. ☐ Población rural migratoria
10. ☐ Población en centros carcelarios
11. ☐ Población Rural no Migratoria
12. ☐ Pob.de la tercera edad en protección de ancianato
13. ☒ Adulto Mayor
14. ☐ Cabeza de Familia
15. ☐ Mujer Embarazada
16. ☐ Mujer Lactante
17. ☐ Trabajador Urbano
18. ☐ Trabajador Rural
19. ☐ Victima de Violencia Armada
20. ☐ Jóvenes vulnerables rurales
21. ☐ Jóvenes vulnerables urbanos
22. ☐ Sin ocupación
23. ☐ Ninguno

1.9 Actualmente vive
1. ☒ Solo (Pase a 1.12)
2. ☐ Acompañado

1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar? 1

1.11 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad? 1

1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Sólo para personas de 10 años y más)
1. ☐ Si
2. ☑ No (Pase a 1.15)

1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años

1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años

1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?
1. ☐ Si
2. ☒ No

1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1. ☐ Protección
2. ☐ Hogar sustituto
3. ☐ Hogar comunitario
4. ☐ Hogar infantil
5. ☐ Club juvenil
6. ☐ Otro programa de bienestar
7. ☒ Ninguno

1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1. ☐ Indígena
2. ☐ ROM (Gitanos)
3. ☐ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
4. ☐ Palenquero de San Basilio
5. ☒ Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
6. ☐ Ninguno de los anteriores
7. ☐ Otra Etnia

CAPITULO II. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

2.1 Departamento: Cesar

2.2 Municipio: El Paso

2.3 Área (SU)
1. ☐ Cabecera Municipal (Área urbana)
2. ☒ Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
3. ☐ Rural disperso

2.4 Nombre Localidad / comuna: La Loma

2.5 Nombre del centro poblado:

2.6 Nombre del Barrio o Vereda: B. Rente Seco

2.7 Dirección: Al Frente de la cancha

2.8 Número de teléfono: 3 1 8 3 8 4 9 4 1 0 3 1 1

2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
1. ☒ Estrato 1
2. ☐ Estrato 2
3. ☐ Estrato 3
4. ☐ Estrato 4
5. ☐ Estrato 5
6. ☐ Estrato 6
7. ☐ Sin Estrato

2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de (SM)
1. ☒ Energía eléctrica
2. ☒ Alcantarillado
3. ☐ Gas natural conectado a red pública
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Recolección de basuras
6. ☒ Acueducto
7. ☐ Ninguno

2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?
1. ☐ Si
2. ☒ No

2.12 Actualmente vive en (SU)
1. ☒ Casa
2. ☐ Apartamento
3. ☐ Cuarto
4. ☐ Institución pública (Pase a 3.1)
5. ☐ Institución privada (Pase a 3.1)
6. ☐ Calle (Pase a 3.1)
7. ☐ Otro tipo de vivienda

2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1. ☐ Arriendo o subarriendo
2. ☐ Vivienda Propia y la está pagando
3. ☐ Vivienda Propia totalmente pagada
4. ☒ Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
5. ☐ Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
6. ☐ Otra condición

CAPÍTULO III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones Permanentes en: (SM)

1. ☐ El sistema nervioso
2. ☒ Los ojos
3. ☐ Los oídos
4. ☐ Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
5. ☐ La voz, el habla
6. ☐ El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. ☐ La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. ☐ El sistema genital, urinario, reproductivo
9. ☐ El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. ☐ La piel, las uñas, el cabello
11. ☐ Ninguno (Persona sin Discapacidad)

3.2. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta? 2

3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud: Ceguera total

3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta alteración permanente? 14

3.3.1. ¿Hace cuántos meses presenta esta alteración permanente? 1

3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)

1. ☐ Pensar, memorizar
2. ☒ Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. ☐ Oír, aun con aparatos especiales
4. ☐ Distinguir sabores u olores
5. ☐ Hablar y comunicarse
6. ☐ Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. ☐ Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8. ☐ Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. ☐ Caminar, correr, saltar
10. ☐ Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11. ☐ Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. ☐ Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. ☐ Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. ☐ Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. ☐ Otra
16. ☐ Ninguno (Pase a 3.6)

3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)

1. ☐ Movilidad
2. ☐ Sensorial Auditiva
3. ☒ Sensorial Visual
4. ☐ Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
5. ☐ Sistémica
6. ☐ Mental Cognitivo
7. ☐ Mental Psicosocial
8. ☐ Voz y Habla
9. ☐ Piel, Uñas y Cabello
10. ☐ Enanismo
11. ☐ No la sabe nombrar
12. ☐ Múltiple

3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)

1. ☐ Familiares
2. ☐ Amigos, compañeros
3. ☐ Vecinos
4. ☐ Funcionarios, empleados
5. ☐ Otras personas
6. ☒ Nadie

3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)

1. ☐ Dormitorio
2. ☐ Sala - comedor
3. ☐ Baño - sanitario
4. ☐ Escaleras
5. ☐ Pasillos - patios
6. ☐ Andenes - aceras
7. ☐ Calles, vías
8. ☐ Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
9. ☐ Paraderos, terminales de transporte
10. ☐ Vehículos de transporte público
11. ☐ Centros educativos
12. ☐ Lugares de trabajo
13. ☐ Centros de salud, hospitales
14. ☐ Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
15. ☐ Otros lugares
16. ☒ Ninguno

3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)

1. ☐ Medios escritos
2. ☒ Radio
3. ☐ Televisión
4. ☐ Teléfono
5. ☐ Internet
6. ☐ Ninguno

3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

1. ☐ Si
2. ☒ No (Pase a 3.18)

3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)

1. ☐ Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
2. ☐ Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
3. ☐ Enfermedad general (Pase a 3.18)
4. ☐ Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
5. ☐ Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
6. ☐ Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
7. ☐ Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
8. ☐ Desastre natural (Pase a 3.13)
9. ☐ Accidente (Pase a 3.14)
10. ☐ Víctima de violencia (Pase a 3.15)
11. ☐ Conflicto armado (Pase a 3.16)
12. ☐ Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
13. ☐ Otra causa (Pase a 3.18)

3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Medio ambiente físico del lugar de trabajo
2. ☐ Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
3. ☐ Contaminantes (químicos, biológicos)
4. ☐ Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
5. ☐ Organización del trabajo (psicolaborales)
6. ☐ Otra causa

3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Psicoactivos aceptados socialmente
2. ☐ Psicoactivos socialmente no aceptados

3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Terremoto
2. ☐ Inundación
3. ☐ Deslizamiento
4. ☐ Otro desastre natural

3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Del tránsito
2. ☐ En el hogar
3. ☐ En el centro educativo
4. ☐ De trabajo
5. ☐ Deportivo
6. ☐ Otro tipo de accidente

3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Al interior del hogar
2. ☐ Delincuencia común
3. ☐ Social
4. ☐ Otra

3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)

1. ☐ Arma de fuego
2. ☐ Bomba
3. ☐ Minas Antipersonales MAP
4. ☐ Municiones sin Explotar MUSE
5. ☐ Artefactos Explosivos Improvisados AEI
6. ☐ Otro tipo de arma

3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)

1. ☐ Atención médica inoportuna
2. ☐ Equivocaciones en el diagnóstico
3. ☐ Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
4. ☐ Deficiencias en la calidad de la atención
5. ☐ Otra

3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☒ No sabe

3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad?: Colombia

3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad? Cesar

3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad? El paso

Ver 4.0

CAPITULO IV. SALUD

4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No

4.3 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (SM)
1. [X] Atención general en salud
2. [X] Atención en salud por causa de su discapacidad
3. [ ] Ninguna

4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?
1. [X] Si
2. [ ] No

4.5 ¿Le ordenaron usar? (SM)
1. [X] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.6 ¿Utiliza actualmente? (SM)
1. [X] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.7 ¿Cree que aún necesita? (SM)
1. [X] Ayudas técnicas
2. [ ] Prótesis
3. [ ] Medicamentos
4. [ ] Ninguna

4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.10)

4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria? (SU)
1. [ ] Algún miembro del hogar
2. [ ] Persona externa no empleada
3. [ ] Persona externa empleada para ayudarlo
4. [ ] Otra

4.9.1. ¿Sexo de la persona que más le ayuda a desarrollar sus actividades de la vida diaria?
1. [ ] Hombre 2. [ ] Mujer

4.10 ¿Se está recuperando de su discapacidad?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 4.12)

4.11 Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación? (SU)
1. [ ] A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
2. [ ] Al apoyo de la familia
3. [ ] A su empeño por salir adelante
4. [ ] A la ayuda de Dios
5. [ ] A la acción de la medicina alternativa
6. [ ] Otro

4.12 ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? (SM)
1. [ ] Medicina física y de rehabilitación
2. [ ] Psiquiatría
3. [ ] Fisioterapia
4. [ ] Fonoaudiología
5. [ ] Terapia ocupacional
6. [X] Optometría
7. [ ] Psicología
8. [ ] Trabajo social
9. [ ] Medicamentos permanentes
10. [X] Otro tipo de rehabilitación
11. [ ] Ninguno (Pase a 4.16)

4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
1. [X] Si
2. [ ] No (Pase a 4.16)

4.14 ¿Quién paga la rehabilitación? (SU)
1. [X] El sistema general de salud
2. [ ] La familia
3. [ ] Personalmente
4. [ ] Una ONG
5. [ ] El empleador
6. [ ] Otro

4.15 El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: (SU)
1. [X] Público (Pase a 5.1)
2. [ ] Privado (Pase a 5.1)
3. [ ] No sabe (Pase a 5.1)

4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)
1. [ ] Ya terminó el servicio de rehabilitación
2. [ ] Cree que ya no lo necesita
3. [ ] No le gusta
4. [ ] Falta de dinero
5. [ ] El centro de atención queda muy lejos
6. [ ] No hay quién lo lleve
7. [ ] No ha sido autorizado por el asegurador
8. [ ] No sabe

4.17 ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ]

4.17.1 ¿Y cuántos meses lleva sin recibir servicio de rehabilitación? [ ]

4.18 ¿Sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación?
1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO V. EDUCACION Para personas de 3 años y más

5.1 ¿Sabe leer y escribir? (Sólo para personas de 5 años y más)
1. [X] Si
2. [ ] No

5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?
1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 5.6)

5.3 ¿El establecimiento donde estudia es: ? (SU)
1. [ ] Público
2. [ ] Privado

5.4 Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo: (SM)
1. [ ] Pedagógicos
2. [ ] Tecnológicos
3. [ ] Terapéuticos
4. [ ] Comunicativos
5. [ ] Administrativos
6. [ ] Financieros
7. [ ] Ninguno

5.5 ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
1. [ ] Si (Pase a 5.7)
2. [ ] No (Pase a 5.7)

5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia? (SU)
1. [ ] Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
2. [ ] Costos educativos elevados o falta de dinero
3. [ ] Por falta de tiempo
4. [ ] No aprobó el examen de ingreso
5. [ ] Falta de cupos
6. [ ] No existe centro educativo cercano
7. [X] Necesita trabajar
8. [ ] No le gusta o no le interesa el estudio
9. [ ] Perdió el año o fue expulsado
10. [ ] Su familia no quiere que estudie
11. [ ] Por su discapacidad
12. [ ] Otra razón

5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó? (SU)

1. Preescolar	[1]	[2]	[3]				
2. Básica primaria	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]		
3. Básica secundaria	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
4. Técnico o Tecnológico	[1]	[2]	[3]				
5. Universitario	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
6. Postgrado	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]		
7. Ninguno	[0] (Pase a 5.11)						

5.8 ¿Hace cuántos años?
4 0

CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más - Continuación

5.9 Repitió algún año escolar? (Desde primero de primaria a grado Doce de bachillerato)

1. [ ] Si
2. [ ] No (Pase a 5.10)

5.9.1 Qué grado y cuántas veces:

Grado: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

No. de veces: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

5.10 ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1. [ ] Si
2. [ ] No

5.11 Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1. [ ] Si
2. [X] No

CAPITULO VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

6.1 Participa en actividades: (SM)

1. [X] Con la familia y amigos
2. [X] Con la comunidad
3. [ ] Religiosas o espirituales
4. [ ] Productivas
5. [ ] Deportivas o de recreación
6. [ ] Culturales
7. [ ] Educación para el trabajo y desarrollo humano
8. [ ] Ciudadanas
9. [ ] Otras
10. [ ] Ninguna

6.2 ¿Actualmente participa en alguna organización? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [X] Si (Pase a 6.4)
2. [ ] No

6.3 Señale la razón por la cual no participa en ninguna organización: (SU) (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [ ] Falta de dinero
2. [ ] Falta de tiempo
3. [ ] No existe o no la conoce
4. [ ] Siente rechazo u obstaculización
5. [ ] Por su discapacidad
6. [ ] No cree en ellas
7. [ ] Sus principios o creencias se lo impiden
8. [ ] Prefiere resolver sus problemas sólo
9. [ ] Otra

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. [X] Si
2. [ ] No

CAPITULO VII. TRABAJO: Para personas de 10 años y más

7.1 Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: (SU) (Aplica para personas de 3 años y más)

1. [ ] Trabajando
2. [ ] Buscando trabajo (Pase a 7.5)
3. [X] Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión (Pase a 7.5)
4. [ ] Incapacitado permanente para trabajar - con pensión (Pase a 7.5)
5. [ ] Estudiando (Pase a 7.5)
6. [ ] Realizando oficios del hogar (Pase a 7.5)
7. [ ] Recibiendo renta (Pase a 7.5)
8. [ ] Pensionado - jubilado (Pase a 7.5)
9. [ ] Realizando actividades de autoconsumo (Pase a 7.5)
10. [ ] Otra actividad (Pase a 7.5)

7.2 Usted tiene contrato de trabajo: (SU)

1. [ ] A término fijo
2. [ ] A término indefinido
3. [ ] Sin contrato

7.3 La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: (SU)

1. [ ] Industria
2. [ ] Comercio
3. [ ] Agrícola
4. [ ] Pecuaria
5. [ ] Servicios
6. [ ] Otra actividad

7.4 En el trabajo se desempeña como: (SU)

1. [ ] Empleado del gobierno
2. [ ] Empleado particular
3. [ ] Jornalero o peón
4. [ ] Patrón o empleador
5. [ ] Trabajador por cuenta propia
6. [ ] Empleado(a) doméstico(a)
7. [ ] Trabajador familiar sin remuneración

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

1. [X] Si
2. [ ] No

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (SU)

1. [X] Sin ingreso
2. [ ] Menos de $500.000,oo
3. [ ] De $ 500.001,oo a $1'000.000,oo
4. [ ] De $1'000.001,oo a $1'000.000,oo
5. [ ] De $1'000.001,oo a $2'000.000,oo
6. [ ] De $2'000.001,oo a $2'000.000,oo
7. [ ] Más de $2'500.000,oo
8. [ ] No informa

7.7 Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a 7.9)

7.8 ¿Dónde recibió la capacitación? (SU)

1. [ ] SENA
2. [ ] Otra institución pública
3. [ ] Una institución privada

7.9 Necesita capacitación para: (SU)

1. [ ] Mejorar su actividad productiva
2. [ ] Cambiar de actividad productiva
3. [X] No necesita capacitación

CAPITULO VIII. DATOS DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO

8.1 Tipo de Identificación

1. [X] CC Cédula de ciudadanía
2. [ ] CE Cédula de extranjería
3. [ ] PA Pasaporte
4. [ ] CD Carnet diplomático

8.2 Número de Identificación: 1004149249211

8.3 Primer Apellido: Ochoa

8.4 Segundo Apellido: Meza

8.5 Primer Nombre: Milleniffer

8.6 Segundo Nombre:

8.7 Departamento donde se realiza el registro: Cesar

8.8 Municipio donde se realiza el registro: El Paso

8.9 Nombre Unidad Generadora de Dato (UGD):

8.10 Fecha de Registro: AAAA 2024 MM 12 DD 04

Observaciones:

Autorizo al Ministerio de Salud y Protección Social entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad: SI_____ NO_____

Ver 4.0