	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	3 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:

Nombre y Apellidos: Lina Ramirez

Profesión: Trabajo social

ACOMPAÑADO POR:

Nombre y Apellidos: Sandy Cardona

Profesión: Psicologa.

Firma del representante de la familia:

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella – cll 18 # 3-19
Fecha: 23-05-2025
Hora: 8:00 am

Personas citadas: Familia Gutierrez Nieto.

Asistentes: Jorge Alberto Gutierrez.
Fenier Antonio Gutierrez Nieto.
Yenerat Gutierrez Nieto.
Daraly Cardona Vargas.
Luisa Fernanda Ramirez.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de profesionales y la Familia.
2. Presentación de objetivos PIC y Consentimiento informado.
3. Aplicación Ficha Familiar APS.
4. Compromiso para Próximas intervenciones.

DESARROLLO

1. Se realiza la presentación entre los asistentes y sus respectivos roles.

2. Se presenta el PIC con sus objetivos y se explica el Programa para proceder a Firmar el Compromiso, Consentimient Informado.

3. Se diligencia la Ficha Familiar APS con la Familia.

4. Se socializan las Fechas en las que sería posible realizar la Primer intervención.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Plan de intervención / Profesionales / 2 semana de Junio.

2. Elección de Fecha para intervención / Familia / 2 semana Junio.

NOMBRE	FIRMA

Sorbe Albeiro Gutierrez
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Lider de Familia.

FIRMA (RESPONSABLE ACTA)
Cargo Psicóloga.
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

RTAMENTO DE
SARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

IVIDAD: Sarcy Cardona - Luisa F. Ramirez
Visita D - Caracterización Familia Gonzalez Osorio
23-05-25
Materia - Cll 11 - Cr. 19 # 19-05

NTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PYMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
7460	Martin Osorio	30	X												X													Salud total	Calle 11 con Cra 19 # 19-05	3146348625	X		martin osorio	X	
18	Asareth Osorio	63		X																								Salud total	calle 11 con cra 9 # 19-05	3207434703	X		Asareth osorio.		
9121	Jana Guadalupe G.O	18		X																								Salud total	Calle 11 con Cra 19 # 19-05.		X		Jana		
0321	Sarcy Cardona	21		X																								Sarcy	Pereira	3053733256	X		S Cardona		
251	Luisa Ramirez	22		X											X													Nueva eps	Pereira - centro	3226965338	X				

HOMERIS	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1**	**CÓDIGO**	GMS-FT-77
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	**COPIA CONTROLADA**	

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Marsella, Fecha 23-05-25

Yo, Aceneth Osorio mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 24763578 actuando en nombre la familia: Gonzalez Osorio, de la vereda Cra 19 Cll 11 #19-05; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3207437703

Nombre de la persona que firma el consentimiento: ACENETH OSORIO

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Daniela Cardona - Luisa F. Ramirez.
Psicóloga Trabajadora Social.

#El original reposa en los documentos Originales del Programa a cargo de la Coordinadora.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

Yanci

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		5	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		3	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	0	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		2	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	1	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	5	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	2	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		2	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Normas y limites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		2 3 2	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	0 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	0 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR: Luisa Ramirez

Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajo Social

ACOMPAÑADO POR: Jaqueline Cordoba

Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa

Firma del representante de la familia:

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella - cr. 19 - Cll 11 #19-05
Fecha: 23-05-25
Hora: 2:00 p.m

Personas citadas: Familia González Ossio

Asistentes: Martin Ossio.
Aceneth Ossio.
Jana Guadalupe Ossio
Cesar Cardona Vargas.
Laura F. Ramirez.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentaciones de las profesionales y la familia.
2. Presentación del Programa y consentimiento.
3. Aplicación de Ficha Familiar APS.
4. Compromisos de intervenciones.

DESARROLLO

1. Se presentan las profesionales y la familia con el fin de establecer un vínculo para realizar el proceso.

2. Se presentan los objetivos del Programa, la Programación y el proceso de intervención. Además se Firma consentimiento informado.

3. Se realiza la Ficha Familiar APS, con la colaboración de la Familia.

4. Consulta de disponibilidad para la siguiente visita.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Plan de intervención / Profesionales / 2 semana Junio.

2. Acordar día para visita / Familia / 2 semana Junio.

NOMBRE	FIRMA

* Acenet Osorio.
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Líder familiar

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo T. Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

RTAMENTO DE
SARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

IVIDAD: Sorcy Cardona-Luisa F. Ramirez
VISITA D- Caracterización Familia Gonzalez Osorio
23-05-25
Manzana-Cll 11 - Cr. 19 # 19-05

NTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
7620	Martin Osorio	30	X												X													Salud total	Calle 11 con Cra 19 # 19-05	3146348625	X		martin osorio	X	
18	Asgreth Osorio	63		X																								Salud total	Calle 11 con cra 9 # 19-05	3207434703	11		Asgreth osorio.		
5121	Jana Guadalupe 6.0	10		X																								Salud total	Calle 11 con Cra 19 # 19-05.		X		Jana		
5772	Sorcy Cardona	71		X																								Sorca	Pereira	3054373256	X		Sorcy Cardona		
251	Luisa Ramirez	22		X											X													Nueva eps	Pereira-centro	3226965338	X		Luisa Ramirez		

HOMERIS ESE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA	

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Marsella, Fecha 23-05-2025

Yo, Jhormineli Duque castaño mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.004.772.4330 actuando en nombre la familia: Lopez Duque, de la vereda Barrio Galán-Marsella; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3218736317

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

Jhormineli Duque castaño

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:

Darcy Cardona - Luisa F. Ramirez.
Psicologa T. Social.

*El original reposa en los documentos originales del Programa a cargo de la Coordinadora.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

Luisa Duque López

Departamento de RISARALDA

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		3	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		3	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	0	Hipertension.
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		2,3,5	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	1	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	3	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	2	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		2	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO			
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y limites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		2	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad fisica	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	0 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vez al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Leiza Ramirez
Profesión: Trabajo Social

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Sandy Cardona
Profesión: Psicologa

Firma del representante de la familia: Thominelli

OTRAS OBSERVACIONES:

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	3	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3	
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Seguridad alimentaria	Inseguridad alimentaria leve	Inseguridad alimentaria moderada	Inseguridad alimentaria severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella-Barrio Galán
Fecha: 23-05-2025
Hora: 5:30 p.m

Personas citadas: Familia Lopez Duque.

Asistentes: Jhormineli Duque Castaño.
Luisa Fernanda Lopez Duque.
Andres Duque Castaño.
Sarai Cardona Vargas.
Luisa F. Ramirez.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de la familia y los profesionales.
2. Presentación del PIC y los objetivos / Firma consentimiento.
3. Aplicación Ficha Familiar APS.
4. Consulta de agenda para próxima sesión.

DESARROLLO

1. Se presentan los asistentes a la reunión con sus roles.

2. Se explica el PIC, sus objetivos y se firma el consentimiento informado.

3.Se aplica la Ficha Familiar APS con los asistentes.

4.Se consulta la disposición y las posibles fechas para las próximas intervenciones.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Preparar plan de intervención / Profesionales / 2 semana Junio.

2. Acordar fecha para intervención / Familia / 2 semana junio.

NOMBRE	FIRMA

- Shomineli Duque Castaño
FIRMA
Cargo Líder de Familia

FIRMA
Cargo T. Social
Elaboró

Psicóloga.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

PARTAMENTO DE
ISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

CTIVIDAD: Saray Cardona - Luisa F. Ramirez.
Visita D- Caracterización Ilia Lopez Duque.
29-05-2025
AR: Marsella - barrio Galán.

MENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR,SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
	Luisa Fernanda Lopez	13		X																									—	Galan		X		Luisa F.		cc
26	16 Andres Duque castaño	4	X																										Asmet.	Galan		X		Andres.		
933	Jhormineli Duque.	26.		X																									Asmet.	Galan	3218736317.	X		Jhormineli		
2RC	Cristhian Ramirez	27		X											X												X		Nueva Eps	Centro - Pereira	3226965338	X				
3078	Saray cardona	21		X											X												X		SURA	Pereira	3057373255	X		Saray		

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA	

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Marsella, Fecha 24-05-25

Yo, Martha Lucia Arandes mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1088314687 actuando en nombre la familia: Arandes Garcia, de la vereda San Andres; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3164230562

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Martha lucia arandes Garcia

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Sergy Cardona - Luisa F. Ramirez.
Psicologa. Trabajadora Social.

El originar reposa en los documentos originales del programa a cargo de la Coordinadora.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

Brandon.

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		5	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		4	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	2	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		1	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		3	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	0 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo comio una vez al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR: Luisa Ramirez

Nombre y Apellidos

Profesión: Trabajo social

ACOMPAÑADO POR: _____

Nombre y Apellidos

Profesión:

Firma del representante de la familia: Martha Lucia Arranlo.

OTRAS OBSERVACIONES:

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	3. Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de corner todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Umbrales de la (in)seguridad alimentaria			
	Inseguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 5	6 a 9	10 a 14
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 14

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella - Vereda San Andrés
Fecha: 2025-25
Hora: 8:00am

Personas citadas: Familia Amariles García

Asistentes: Alberto Amariles.
Maria Consuelo García.
Brandon de Jesús Amariles García.
Martha Lucía Amariles.
Sara Isadora Vargas.
Luisa Fernanda Ramírez

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación entre Profesionales y Familia.
2. Presentación del Programa y objetivos.
3. Aplicación de Ficha Familiar APS.
4. Compromisos para las intervenciones.

DESARROLLO

1. Se Presentan las profesionales y la Familia con sus respectivos roles.

2. Se presentan los objetivos del programa con la Familia, con el fin de obtener el consentimiento informado.

3. Se aplica la Ficha Familiar APS con la Colaboración de la Familia.

4. Consulta de la disposición horaria de la Familia Para la segunda Semana de junio Para la siguiente intervención.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Plan de intervención / Profesionales / 2 semana Junio.

2. Elegir día Para la intervención / Familia / 2 Semana Junio.

NOMBRE	FIRMA

Martha Lucia Amariles Garcia
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Líder de la Familia

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Practicante
Elaboró
Trabajadora Social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

RTAMENTO DE
SARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

VIDAD: Luisa Ramirez - Saray Cardona
Visita D Caracterizacion Flia Amariles Garcia
24-05-25
Marsella - Vereda SAN ANDRÉS

TO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR&D	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
83	Albeiro Amariles	65	X																							X	sura	Vereda SAN ANDRÉS	3226894961		X	x Albeiro Amariles		
67	Maria Consuelo Garcia	67																							X		Salud total	Vereda SAN ANDRÉS	3235270578		X	x Maria Consuelo Garcia		
001	Brandon De Jesus Amariles	7		X																						X	Sura	Vereda SAN ANDRÉS			X	x BRAh 606		
391	Martha Lucia Amariles	34		X																						X	Sura	Vereda SAN ANDRÉS	3104230562		X	x Martha Lucia Amariles		
022	Saray Cardona Vargas	21		X																						X	Sura	Pereira	3053733256	X				
251	Luisa Fda Ramirez	27		X											X											X	Nueva EPS	Centro - pereira	3226965338	X				

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Marsella, Fecha 24-05-2025

Yo, Consuelo Correa mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 24766 7919 actuando en nombre la familia: Osca Correa, de la vereda Cll 14 - Cr 12 San Vicente; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3233099797

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Consuelo Correa

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Jessica Cardona - Psicología Luisa Ramirez. T. Social.

#El originar reposa en los documentos originales del Programa a cargo de la coordinadora.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

Juan Camilo.

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		2	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		3	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	3	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4-Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	1	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	2	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	2	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	3	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union familiar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		1	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: SI/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO			
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		1	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	3 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	3 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0		
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0		
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR: Lida Ramirez.

Nombre y Apellidos

Profesión: Trabajo Social.

ACOMPAÑADO POR: Sara y Cardoso

Nombre y Apellidos

Profesión: Psicóloga

Firma del representante de la familia:

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella- Barrio San Vicente cll14#17.
Fecha: 24-09-2025
Hora: 4:00 pm

Personas citadas: Familia Ossa Correa

Asistentes: Consuelo Correa.
Juan Camilo Ossa Correa.
Juan de Dios Ossa.
Jesus Cardona Vargas.
Luisa Fernanda Ramirez.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de profesionales y familia
2. Presentación del programa y consentimiento informado.
3. Aplicación Ficha Familiar APD.
4. Compromiso para intervenciones.

DESARROLLO

1. Se presentan los profesionales y la familia, con el fin de conocernos y establecer un vinculo para realizar el programa.

2. Se explican los objetivos de la intervención del Programa, las posibilidades para llevar a cabo el proceso, ademas se firma el consentimiento informado.

3. Se diligencia la Ficha Familiar APS con colaboración de la Familia.

4. Se consultan las posibles Fechas para realizar las actividades.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Preparar plan de intervenciones/ Profesionales/ 2 semana Junio

2. Disponer de un día para la intervención/ Familia/ 2 semana Junio.

NOMBRE	FIRMA

FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN) Consuelo Correa
Cargo Líder gestantes

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Psicóloga
Elaboró

Trabajo Social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

RTAMENTO DE
SARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

IVIDAD: Sarah Cardona - Luisa F. Ramirez
Visita D - Caracterización Familia Ossa correa
29-05-2025.
Marsella - Cll 14 #12 - San Vicente.

ITO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MADRE CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SRAS	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
97	Consuelo Correa	48		X																								Sosa	Sanvicente Calle 14 Cra 12	3234099447	X				
832	Juan Camilo Ossa	7	X																									Sosa	Calle 14 - Cra 12 San Vicente		X				
5	Juan de Dios Ossa	60	X												X													Asmet	Calle 14 Cra 12 San Vicente	3234099147	X				
370	Sarah Cardona V	21		X											X											X		Sosa	Pereira	305-3773256	X				
251	Luisa Ramirez S	27		X											X											X		Nueva Eps	Centro Pereira	3276965338					

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Marsella, Fecha 23-05-2025

Yo, Julián Andrés Muñoz mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 98 12 630 actuando en nombre la familia: Muñoz Montes, de la vereda Cll 10 - # 6-31; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3147021771

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Julián Andrés Muñoz Muñoz

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Sergio Cardona - Luisa F. Ramírez.
Psicóloga T. Social.

*El original reposa en los documentos originales del Programa a Cargo de la coordinadora.

Andrés Marin.

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		3	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		3	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	0	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		1	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	2	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		1	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	3 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR: Luisa Ramirez

Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajo Social

ACOMPAÑADO POR: _____

Nombre y Apellidos
Profesión:

Firma del representante de la familia:

OTRAS OBSERVACIONES:

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3	3	
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella - cll 10 #6-31
Fecha: 25-05-2025
Hora: 8:00 a.m

Personas citadas: Familia Marín.

Asistentes: Julián Aodsúbal Marín.
Julián Andrés Marín.
Sarah Cardona Vargas.
Luisa Fernanda Ramirez.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentaciones de las profesionales y la familia
2. Presentacion del programa y consentimiento informado
3. Aplicación ficha Familiar APS
4. compromisos para las proximas intervenciones

DESARROLLO

1. Se realiza la presentación de las profesionales y se explican sus roles, tambien se presentan cada uno de los miembros de la familia y Comentan sus roles

2. Se lleva a cabo la exposición del PIC y sus objetivos, posteriormente se lee el consentimiento informado y se firma el mismo

3. Diligenciamos la ficha familiar APS con los respectivos miembros

4. Se consulta con los integrantes los posibles dias en los que se pueden realizar las siguientes intervenciones

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Preparar el plan de intervenciones/profesionales/semana 2

2. Confirmar con antelacion el dia disponible/familia/semana 2 /06

NOMBRE	FIRMA

FIRMA
Cargo Lider de Familia.

FIRMA
Cargo Psicóloga
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

ARTAMENTO DE
ISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

CTIVIDAD: Sorayk Cardona - Luisa F. Ramirez.
Visita D- Caracterización Familia Marin
29-05-2025
R: Marsella - Cll 10 #6-31

MIENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA								ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
26 Sa	Julián Asdrúbal María	41	X																									Sura	Calle 10-#6-31	3743027777	X				
6023	Julián Andrés Marín	12	X																							X		Nueva EPS	Calle 10-#6-31	321 741 8368	X				
8037	Sorayk Cardona V	4	✓	X																							X	Sura	Pereira	305 373 3256	X				

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Marsella, Fecha 25-05-2025

Yo, Orbilia de Jesus Obando mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 25191043 actuando en nombre la familia: Tendón Betancourt, de la vereda Cll 11 # 6-32 Marsella; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3274239253

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

Orbilia Obando

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:

Sasay Cardona - Lizeth Ramirez.
Psicóloga T. Social

*El original reposa en los documentos originales del programa a cargo de la coordinadora.

Frank Alexis

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		5	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		7	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		6	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	0	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		3	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	3	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	2	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	2	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	3	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		1	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	2	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		3	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3 .	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	0 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR: Lexa Ramirez

Nombre y Apellidos

Profesión: Trabajo Social

ACOMPAÑADO POR: Jenny Londoño

Nombre y Apellidos

Profesión: Psicologa

Firma del representante de la familia: Ornelio

OTRAS OBSERVACIONES:

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3	3	
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de corner todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: **Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar**

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 5	6 a 8	9 a 14
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella – Barrio Estrada cll 11 # 6-32
Fecha: 23-09-2025
Hora: 2:00 p.m

Personas citadas: Familia Rendón Betancourt.

Asistentes: Orbilia Obando.
Frank Alexis Rendon Betancourt.
Sara Cardona Vargas.
Luisa Fernanda Ramirez.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de Familia y Profesionales
2. Presentación del Programa y consentimiento informado.
3. Aplicación Ficha Familiar APS.
4. Compromiso y Fechas para intervención.

DESARROLLO

1. Presentamos los roles de cada Profesional y los de los integrantes de la Familia.

2. Se explica el Programa, los objetivos, se lee el consentimiento informado y se Firma.

3. Se diligencia la Ficha Familiar APS.

4. Se consultan las posibles fechas para poder realizar la próxima intervención.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Plan de intervención / ~~Adm~~Profesionales / 2 semana Junio.

2. Disponibilidad para la intervención / Familia / 2 semana Junio.

NOMBRE	FIRMA

Orbilia Olaya
FIRMA
Cargo Líder de Familia

FIRMA
Cargo Psicóloga
Elaboró

T. Social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

PARTAMENTO DE
ISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

CTIVIDAD: Sandy Cardona - Luisa F. Ramirez.
Visita D - Caracterización Familia Rendón Betancourt.

R: Marsella - Cll 11 #6-32

MENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		BARRIO	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	RENTECHADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SRAD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
0593	Frank Alexis Rendon	13	X																									Salud t.	Cll 11 #6-32		X		Orbilia	C	«
43	Orbila Usando	76		X																									Cll 11 #6-32	3224239253	X		Frank R.		
9831	Luisa Ramirez	27		X											X												X	Nueva eps	Pereira Centro	3216965335	X		Propietaria		
0332	Sandy Cardona	21		X											X												X	Sura	Pereira	3207373256	X		Vecina		

HOMERIS	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1**	**CÓDIGO**	GMS-FT-77
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	**COPIA CONTROLADA**	

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Marsella, Fecha 26-03-2022

Yo, Ana Soley Guacaqueillo mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38670328 actuando en nombre la familia: Guacaqueillo Mestizo, de la vereda Corozal; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3135904317

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Ana Soley Mestizo Montoya.

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Saray Cardona - Luisa F. Ramírez.
Psicóloga T. social.

*El original reposa en los documentos originales del programa a cargo de la Coordinadora.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

Derminson

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		3	Responsabilidad compartida
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		2	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	Epilepsia
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	3	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	0	
	Compaten actividades para la union familiar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		2	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	2	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los Integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO			
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y limites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		1,2	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0		
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	3. Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	0 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad alimentaria	Inseguridad alimentaria leve	Inseguridad alimentaria moderada	Inseguridad alimentaria severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Luza Ramirez
Profesión: Trabajadora Social.

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Sarcay Cardona
Profesión: Psicologa.

Firma del representante de la familia: Ana Sofia Mestizo

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella - Vereda Corozal.
Fecha: 26-05-2023
Hora: 8:00 am

Personas citadas: Familia Guascadillo Mestizo.

Asistentes: Ana Soley Mestizo.
Deminson Guascadillo Mestizo.
Sarah Cardona Vargas.
Luisa Fernanda Ramirez

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación entre los asistentes.
2. Presentación del programa y Firma de Consentimiento.
3. Aplicación Ficha Familiar APS.
4. Acuerdos de Fechas y horarios para intervenciones.

DESARROLLO

1. Se presentan los profesionales con la Familia y se distinguen roles.

2. Se realiza la explicación del Plc y sus objetivos para proceder a la Firma del Consentimiento

3. Se diligencia la ficha familiar APS con los asistentes.

4. Se consulta y se acuerda la fecha de la próxima intervención.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Plan de intervención / Profesionales / 2 semana Junio.
2. Disposición para intervención / Familia / 2 semana Junio.

NOMBRE	FIRMA

Ana Suley Mestizo
FIRMA
Cargo Lider de Familia.

FIRMA
Cargo Psicóloga.
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

RTAMENTO DE
SARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

IVIDAD: Susan Cardona - Luisa F. Ramirez.
visita D. caracterización Familia Guacacallo mestizo
26-05-2025.
Marsella - Vereda Corozal

NTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
5514	Desmingon Guacapilo	11	X																							X			Asmesalud	Vereda Corozal	3507695285		X	Desmingon		
328	Ana Julie Guacacallo	30		X																									Asmesalud	Vereda Corozal	3135904577		X	Ana Julie/MS		
037	Susan Cardona V.	21		X																									Sura	Pereira	3054373256	X		Secretaria		
425	Luisa Ramirez	23		X											X												X		Nueva eps	Centro - Pereira	3236965338	X				

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Marsella, Fecha 26-05-2025

Yo, Luz Adriana Rios. mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 31423643. actuando en nombre la familia: Rodriguez Rios, de la vereda La Aurora 2; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3234787767

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

ADRIANA RIOS G.

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:

Sindy Cardona - Luisa F. Ramirez.
Psicóloga T. Social.

*El original reposa en los documentos originales del programa a cargo de la coordinadora.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

Antonia Rodriguez

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		5.	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		4	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	0	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	2	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	0	
	Compaten actividades para la union familiar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO			
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO			
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y limites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		3	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Actividad fisica	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	3 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a algun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo comio una vez al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILIGENCIADO POR: Luza Ramirez

Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR: Sara Cardona

Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa

Firma del representante de la familia: ADRIANA.

OTRAS OBSERVACIONES:

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	3. Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	(20)	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	(20)	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificacion de la (in)seguridad alimentaria segun tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 5	6 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella - Aurora 2.
Fecha: 26-05-2025
Hora: 3:30 P.m

Personas citadas: Familia Rodriguez Rios.

Asistentes: Antonia Rodriguez Rios.
Luz Adriana Rios.
Mia Victoria Lozano.
Johan Josias Rios.
Luisa F. Ramirez.
Sarah Cardona Vargas.

ORDEN DEL DIA

1. Presentación de la familia y las profesionales.
2. Presentación de objetivos y Firma de consentimiento.
3. Aplicación de Ficha Familiar APS.
4. Compromisos para las intervenciones.

DESARROLLO

1. Se presentan las profesionales y la familia aclarando los roles.

2. Se explican los objetivos del PIC y la dinámica del Programa para posteriormente Firmar el consentimiento informado.

3. Aplicación de Ficha Familias APS con la Familia.

4. Consulta de disposición horaria para realizar las intervencione

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Presentación del Plan de intervención / Profesionales / 2 semana Junio

2. Disponibilidad horaria para intervención / Familia / 2 semana Junio.

NOMBRE	FIRMA

ADRIANA RIOS G.
FIRMA
Cargo Líder de Familia.

FIRMA
Cargo Psicología
Elaboró

Fiscal

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 018000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

ARTAMENTO DE
ISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

CTIVIDAD: Sarai Cardona-Luisa F. Ramirez.
Visita D- caracterización Familia Rodriguez Rios.
26-05-2025
R: Marsella - La aurora 2.

SENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA								ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1033	Antonia Rodriguez Rios	72		X				X																					Asmet S	La Aurora 2	3234782267	X		Antonia Rodriguez		<<
1033	Adriana Rios	55		X								X																	Asmet S	La Aurora 2	—	X		*ADRIANA		
	Mia Victoria Lozano	8		X																									Asmet S	La Aurora 2	—	X		*Mia Lozano		
	Johan Josias R.	5	X																										Asmet S	La Aurora 2	—	X		*Johan J.		
1051	Luisa Ramirez	27	X											X												X			Nueva EPS	Pereira-Centro	3126965333	X		Luisa Ramirez		
1033	Sarai Cardona V	21		X										X												X			Sura	Pereira	3033933236	X		Sarai Cardona		

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Marsella, Fecha 27-05-2025

Yo, Francy Yaneth Ospina mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1089944006 actuando en nombre la familia: Gómez Ospina, de la vereda La Cascada; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3136537133

Nombre de la persona que firma el consentimiento: ED ANC: ocho años

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Sara Cardona - Luisa F. Ramírez.
Psicóloga T. Social

*El original reposa en el documento original del Programa a cargo de la coordinadora.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

Julián Gomez

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		2	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		8	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	0	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6.Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	3	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= relgo 0 6= Riesgo 7 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	La relacion familiar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	2	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	3	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union familiar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		2	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO			
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucramiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		1,2,4	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo fisico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	3 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR: Lyda Ramirez

Nombre y Apellidos

Profesión: Trabajo Social

ACOMPAÑADO POR: _____

Nombre y Apellidos

Profesión:

Firma del representante de la familia: FRANCINETH OSORIO.

OTRAS OBSERVACIONES:

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3	3	
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo comio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella- vereda la cascada
Fecha: 27-03-2025
Hora: 5:00 p.m

Personas citadas: Familia Gómez Osorio.

Asistentes: Franci Osorio, Julian Andrés Gómez, Yeferson Gómez, Ever Hernandez Sol Angel Osorio, Anthony Osorio, Brandon Hernandez, Jhon Ever Hernandez, Sara y Cardona Vargas; Luisa Fernanda Ramirez.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de la Familia y las profesionales
2. Presentación del programa y Firma del consentimiento
3. Aplicación de la ficha familiar APS
4. Compromisos de intervenciones futuras

DESARROLLO

1. Se realiza la presentación personal de la Familia y las profesionales con sus respectivos roles.

2. Se expone el programa y sus objetivos a la familia, posteriormente se lee y firma el consentimiento informado

3. Se diligencia la ficha Familiar APS con ayuda de la Familia

4. Se Consulta la disponibilidad horaria de la Familia para Futuras visitas

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Preparar Plan de intervención/Profesionales/2 semana Junio
2. Acordar segunda visita/Familia/2 semana Junio

NOMBRE	FIRMA

FIRMA FRANCI ESORIO
Cargo Lider de Familia

FIRMA
Cargo Psicóloga
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

RTAMENTO DE
SARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

VIDAD: Sarah Cardona - Luisa F. Ramirez.
Visita D-Caracterización Familia Gomez Osorio
27-05-2025
Marsella - La Cascada.

UTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
4[illegible]	Francy Ineth Osorio	30		X																									Pijao S	Vereda La Cascada	3136537739		X	FR ANC[illegible]		
213	Julian Andrés Gomez	14	X																										Pijao S	Vereda la cascada	-		X	Julian andre		
271	Yeferson Gómez Osorio	12	X																										Asmet salud	Vereda La Cascada	-		X	Yeferson		
3693	Tever Alexander Hernandez	8	X																										Pijao S	Vereda La Cascada	-		X	-		
732	Sol angel Osorio Arias	8		X																									Pijao S	Vereda La Cascada	-		X	-		
035	Anthony Osorio Arias	7	X																										Pijao S	Vereda La Cascada	-		X	-		
40	Brandon Hernández	3	X																										Pijao S	Vereda La Cascada	-		X	-		
038	Jhon Ever Hernandez	37	X																										Pijao S	Vereda La cascada	3216264148		X			
340	Sarah Cardona	21		X											X												X		Sura	Pereira	3057323756	X				
251	Luisa Ramirez S	27		X											X														Nueva eps	Centro-pereira	3226965338	X				

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Marsella, Fecha 29-05-25

Yo, Alejandra Avendaño mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número Extranjera 1122491O actuando en nombre la familia: P Avendaño, de la vereda La oriental; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3234569471.

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Alejandra Avendaño

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Sarry Cardona - Luisa F. Ramirez
Psicología Trabajadora Social

*El original reposa en los documentos originales del Programa a cargo de la coordinadora.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Competen actividades para la union familiar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		1	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: SI/no/cuales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO			
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucramiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		2,3	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	0 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

Flia averdaño

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		5	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		3	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	5	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	La relacion familiar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	2	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo comio una vez al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR: Luisa Ramirez

Nombre y Apellidos

Profesión: Trabajo Social

ACOMPAÑADO POR: _____

Nombre y Apellidos

Profesión:

Firma del representante de la familia:

OTRAS OBSERVACIONES:

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3	3	
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo comio una vez al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la inseguridad alimentaria según ciclo de vida

Tipo de hogar	Puntos de corte para la inseguridad alimentaria			
	Seguridad alimentaria	Inseguridad alimentaria leve	Inseguridad alimentaria moderada	Inseguridad alimentaria severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella – vereda la oriental
Fecha: 29-05-2023
Hora: 8:00 a.m

Personas citadas: Familia Avendaño.

Asistentes: Alejandra Avendaño.
Samuel Andrés Avendaño.
Mathias Sosa Avendaño.
Sara Cardona Vargas.
Luisa Fernanda Ramirez.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación entre profesionales y familia.
2. Presentación del programa y Firma de consentimiento informado
3. Aplicación Ficha familiar APS.
4. Consulta de disponibilidad para intervenciones.

DESARROLLO

1. Se realiza la presentación de todas las partes, tanto profesionales como familia, con sus roles.

2. Se presenta el programa, los objetivos y el proceso a seguir, para posteriormente firmar el consentimiento informado.

3. Se diligencia la Ficha Familiar APS con la información suministrada por la Familia.

4. Concertar de espacios y disponibilidad para realizar las actividades.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Plan de intervención / Profesionales / 2 semana Junio.

2. Acordar Fecha disponible / Familia / 2 semana Junio.

NOMBRE	FIRMA

FIRMA
Cargo Lider de la Familia

FIRMA
Cargo Psicóloga- Trabajadora social.
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

RTAMENTO DE
SARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

IVIDAD: Zuscy Cardona - Laura F. Ramirez
Visita D- Caracterización Familia Avendaño
29-05-2025
Marsella - Vereda La Oriental

NTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
910	Alejandro Avendaño	52		X																											Vereda La Oriental	3234569471		X			
131	Samuel Andres P. Avendaño	6	X																							X				Capitalsalud	Vereda La Oriental			X	. Samuel		
977	Matias Josue Avendaño	4	X																							X				Capitalsalud	Vereda La Oriental			X	Mathias J.		
32	Zuscy Cardona	21		X																						X				Sura	Peseira	3057373246	X				

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Marsella, Fecha 29-05-23

Yo, María Cecilia Ortiz mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 42131611 actuando en nombre la familia: Ocampo Ortiz, de la vereda Va Oriental; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3205575716

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

María Ortiz

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:

Sergy Cordoba - Lizeth F. Ramirez
Psicóloga. T. Social

*El original reposa en los documentos originales del Programa a cargo de la coordinadora.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

Sara Campo

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		2	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		5	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	0	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	3	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4-Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	2	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	3	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		2	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO		0	
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO			
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		1,2	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	3	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	0 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al día o dejo de comer todo un día?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR: Lorena Ramirez

Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajo social

ACOMPAÑADO POR: _____

Nombre y Apellidos
Profesión:

Firma del representante de la familia: maria.

OTRAS OBSERVACIONES:

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio-cerebro-vascular	3 Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	(0)3	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Marsella- la oriental.
Fecha: 29-05-23
Hora: 2:30 p.m

Personas citadas: Familia Ocampo Ortiz.

Asistentes: Sara Valentina Ocampo Ortiz.
María Cenelia Ortiz.
Julian Andrés Ocampo.
Luisa Fernanda. Ramirez.
Sarah Cardona Vargas.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación entre Familia y profesionales.
2. Presentación del programa y Firma de consentimiento.
3. Aplicación de la Ficha Familiar APS.
4. Compromisos de intervención.

DESARROLLO

1. Se presentan las profesionales con sus roles y la familia con sus roles.

2. Se presenta el programa y los objetivos de la intervención con la familia y se Firma el consentimiento informado.

3. Se diligencien la Ficha Familiar APS con ayuda de la Familia.

4. Se consulta disponibilidad de la familia para las proximas Visitas.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Preparar Plan de intervención / Profesionales / 2 semana Junio

2. Acordar disponibilidad de tiempo / Familia / 2 semana Junio

NOMBRE	FIRMA

FIRMA Mayol Ortiz
Cargo Lider de Familia

FIRMA
Cargo Psicóloga.
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira - Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

PARTAMENTO DE
ISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

CTIVIDAD: Sarcy Cardona - Luisa F. Ramirez.
Visita D - Caracterización Familia Ocampo Ortiz.
29-05-25

AR: Marsella - Vereda La Oriental

MENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
			M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1644	Maria Cenelia Ortiz	45		X																								Nueva EPS	Vereda La Oriental	3205575776		X	maxia		<<
9482	Julian Andres Ocampo	27	X																									Salud Total	Vereda La Oriental	3205580103		X	Julian Ocampo		
16182	Sara Valentina Ocampo	15		X																								Nueva EPS	Vereda La Oriental	3217069597		X	Sara Valentina		
5248	Jupa Ramirez	27	X											X												X		Nueva eps	Centro - Pereira	3229653335	X		[illegible]		
303 26	Sarcy Cardona U.	21		X										X												X		Sura	Pereira	3057373756	X		[illegible]		