Programa Familias Fuertes <programafamiliasfuertes@minjusticia.gov.co> 16 de mayo de 2025, 12:03
Para: Equipo Reduccion del Consumo <sustancias.psicoactivas@risaralda.gov.co>

Estimada Luz Adriana,

Nos permitimos hacer envío de los enlaces de caracterización para la implementación en Risaralda, estamos súper atentas a lo que se requiera,

Cordialmente,

Programa Familias Fuertes
Subdirección Estratégica y de Análisis
programafamiliasfuertes@minjusticia.gov.co
Teléfono: (601) 444 31 00 Ext.
Sede Chapinero: Calle 53 No. 13 - 27
Bogotá D.C., Colombia
www.minjusticia.gov.co

"La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Está estrictamente prohibida su utilización, copia, descarga, distribución, modificación y/o reproducción total o parcial, sin el permiso expreso del Ministerio de Justicia y del Derecho, pues su contenido puede ser de carácter confidencial y/o contener material privilegiado. Si usted recibió esta información por error, por favor contacte en forma inmediata a quien la envió y borre este material de su computador. El Ministerio de Justicia y del Derecho no es responsable por la información contenida en esta comunicación, el directo responsable es quien la firma o el autor de la misma."

De: Programa Familias Fuertes <programafamiliasfuertes@minjusticia.gov.co>
Enviado: miércoles, 14 de mayo de 2025 16:21
Para: Equipo Reduccion del Consumo <sustancias.psicoactivas@risaralda.gov.co>
Asunto: RE: Solicitud de implementación programa Familias Fuertes Risaralda

[El texto citado está oculto]

Links Risaralda implementación programa Familias Fuertes 2025.docx
14K

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN INDUCCIÓN EQUIPO PIC

ACTA No.

Lugar: Salón Social Puerto Madero 1 Belmonte
Fecha: 9 mayo 2025
Hora: 8 am

Personas citadas:
Equipo Familias Fuertes

Asistentes:
Equipo de Familias Fuertes

ORDEN DEL DÍA

1. Proceso de inducción general
2. Socialización de metas y productos
3. Entrega de primer material

DESARROLLO

Segundo encuentro de inducción:

Se inicia la segunda jornada de inducción con el objetivo de especificar cada una de las acciones que realizará el equipo de salud mental en los municipios, socialización detallada de cómo se debe hacer el proceso de focalización de las familias, qué tipo de personas podrían participar del programa, cuántas veces se debe asistir a cada familia durante el desarrollo de la estrategia, cuáles serían los materiales que se necesitarían para desarrollar las diferentes actividades.

Se proporciona material pedagógico para que puedan organizar y priorizar temáticas para trabajar, promoción de la salud y prevención de riesgos, especialmente en población adolescente, con padres de familia y niños y adolescentes. Se realiza además la socialización de cuáles son los formatos utilizar durante el desarrollo de las visitas domiciliarias y la disposición en un Drive de compartido con la supervisión para hacer seguimiento al avance de implementación de la estrategia, de allí, se manifiesta la importancia de crear una carpeta por dada en cada municipio e informes desde el uno hasta el cinco donde se realizará disposición de carpetas por familia, con sus dos apellidos, donde estará el consentimiento informado, el acta de primera visita, el listado de asistencia, la ficha

de identificación del riesgo psicológico y desde allí a partir del segundo mes, también se pondrán las evidencias de acta de visita y listado de asistencia, además de la construcción sucesiva de un plan integral de atención a cada una de las familias se socializa

Se socializa además, el uso del formato de presentación de informe donde se relacionan las actividades realizadas durante el mes y esto constituye un documento para el paquete de gestión de cuentas ante el hospital Mental en conjunto con la cuenta de cobro y el pago de seguridad social que también serán subido al Drive cada 28 días, luego de la revisión y el visto bueno de la Coordinadora se dará un paso a la impresión para revisión en área administrativa del hospital y posterior gestión del pago por los servicios prestados

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se proyecta nueva reunión el día martes próximo para identificar avances

2. Iniciar trabajo de campo en cada municipio

NOMBRE	FIRMA

FIRMA
Cargo

Sandra Paola Gil O
FIRMA
Cargo coordinadora.
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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

Dirección Operativa de Salud Pública

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

HOMERIS

Nombre de la reunión/capacitación: Induccion
Fecha: 9 Mayo
Lugar: Puerto madero 1

Facilitador/Conferencista: Sandra Paola Gil o
Hora Inicio:
Hora Finalización:

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013

Nombre	Entidad	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico	Dirección	Municipio	Firma	Autorizo el uso de datos SI	Autorizo el uso de datos NO
Natalia Arias	Homeris	T.S	3135552704	natalia-arias9@outlook.edu	Vda Santa Ana	Dosquebradas	Natalia Arias	X	
Natalia Ramirez H	Homeris	Psicóloga	3183865424	nataliaramirezhurtado@gmail.com	San Jacinto Samaria 1	Pereira	Natalia Ramirez H	X	
Sarah Cardona	Homeris	Psicóloga	3007397256	sarahcardonapsicologa@gmail.com	Puertas Alcalá	Pereira	[illegible]	X	
Angi Garcia	Homeris	T.S	3209022883	angiegarcia0406@mail.com	Mz casa Hombrado	Pereira	Angi Garcia	X	

Versión: 06
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: FUNDSOC Fundación Risaralda Social
Fecha: Martes 20 de Mayo 2025
Hora: 3:00 PM

Personas citadas: Olga López Carmona
Uriel Antonio Fernandez Calvo
Karen Valencia Mejia

Asistentes: Olga López Carmona
Uriel Antonio Fernandez Calvo
Karen Valencia Mejia

ORDEN DEL DÍA

1. Se Reciben 100 refrigerios
2.
3.
4.

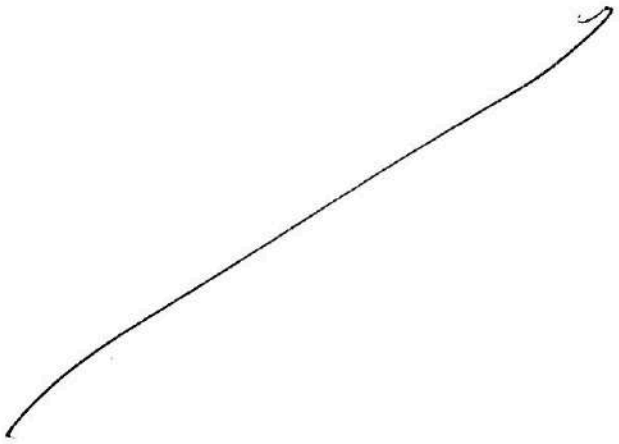
DESARROLLO

1. Se reciben Corredamanta

2.

3.

4.



COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1.

2.

NOMBRE	FIRMA
Olga Lopez Carmona	
Karen Valencia Mejia	
Uriel Antonio Fernandez	

FIRMA
Cargo Coordinadora

FIRMA
Cargo Tecnico Administrativo
Elaboró Olga Lopez Carmona

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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

Socialización programa Familias Fuertes Amor y límites

ACTA No.

Lugar: Institución educativa - Instituto Agropecuario Veracruz
Fecha: 12/05/2025.
Hora: 12:00 pm

Personas citadas: Rectora - Martha Rivera Tabares, Docente Orientadora. Nana Elizabeth Osorio - Facilitadores programa Familias Fuertes

Asistentes:
- Martha Rivera Tabares - Rectora
- Nana Elizabeth Osorio - Docente Orientadora
- Alicia Bedoya - Facilitadora
- Alejandro Cantrera? - Facilitadora
- Vanesa Buitrago - Facilitadora

ORDEN DEL DÍA
1. Socialización programa Familias Fuertes Docente Orientadora.
2. Socialización programa Familias Fuertes Rectora
3. Aclaración de dudas e inquietudes
4. Acuerdos y compromisos

DESARROLLO

1. Siendo las 12:00 pm del día 12/05/2025, se realiza reunión de socialización del programa Familias Fuertes con la docente orientadora de la I.E Instituto Agropecuario Veracruz, a quien se le presenta el programa y se le socializa sus antecedentes, objetivos, metodología, criterios de inclusión y temario. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión la docente refiere que el programa podría llevarse a cabo en la sede la Hermosa.
2. El equipo de familias fuertes en compañía de la docente orientadora se dirige a esta sede, encontrándose en la rectora de la I.E., a quien también se le realiza la socialización del programa, junto con otros 3 docentes, la rectora refiere la importancia de ejecutar el programa también en la sede San Bernardino, la antes teniendo en cuenta el impacto positivo que pueda ofrecer el programa en esta comunidad.

3. Se genera un espacio para dar respuesta a dudas e inquietudes. Se realiza énfasis en el modelo preventivo del programa y la importancia de la formalización de las familias de acuerdo a los criterios de inclusión expuestos, con el fin de lograr una buena convocatoria a la sesión 0.

4. Se establecen acuerdos y compromisos por parte de la Institución educativa y equipo de familias fuertes.

- La I.E se compromete a socializar y convocar a los padres de familia a la sesión 0 en ambas sedes (La Hermosa y San Bernardino)

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. La I.E se compromete a facilitar los espacios para llevar a cabo la sesión 0.
2. Las facilitadoras se comprometen a acompañar el proceso de convocatoria y les es facilitada la base de datos, al igual que envío del flyer.

NOMBRE	FIRMA
Alejandro Contreras	
Alicia Bedoya Q	Alicia Bedoya Q

FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Docente Orientadora

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Facilitadora
Elaboró Leidy Vanessa Buitrago Herrera.

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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

Dirección Operativa de Salud Pública

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

Nombre de la reunión/capacitación: Socialización Programa Familias Fuertes
Fecha: 12/05/2025
Lugar: I.E Instituto Agropecuario Veracruz
Facilitador/Conferencista: Alexa Bedoya, Alejandra Cortes, Vanessa Buitrago.
Hora Inicio: 12:00pm.
Hora Finalización: 3:30 pm.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013

Nombre	Entidad	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico	Dirección	Municipio	Firma	Autorizo el uso de datos SI	Autorizo el uso de datos NO
Mª Elizabeth Ossa	I.E. Veracruz	Docente Orient	3104150436	elizabethor74@gmail.com	34#10-B01 Mzc-Casa 34.	Sta Rosa		X	
Alexander V.L.	Veracruz	Docente	3108495241	profealexplorys@gmail.com	La Hermosa	Sta Rosa	Alexander V.L.	X	
Claudia Patricia	Veracruz	Docente	3146222829	filipicedidito@hotmail.com	La hermosa	Sta Rosa		X	
Jhon Alexander	Veracruz	Docente	3182603754	jhon@alexander3147@gmail.com	11	Sta Rosa		X	
Alicia Bedoya	Homeris	Facilitadora	3217786422	alisbeo227@hotmail.com	La Pradera	Dosquebradas	Alicia J. Bedoya	X	
Alejandro Cabrera	Homeris	Facilitador	3117016493	alejandrocontreras032@gmail.com	Dosquebradas	Dosquebradas		X	
Kelly Vanessa Buitrago	Homeris	facilitadora	3017252571	ps.vanessabuitrago@gmail.com	La Pereira	Pereira		X	
Martha Ruth	I.E. Veracruz	Rectora	3174950023	erie.veracruz@gmail.com	Carrera 23#18-46	Sta Rosa		X	

Versión: 06
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

Socialización programa Familias Fuertes Amor y límites

ACTA No.

Lugar: Institución Educativa Instituto Agrícola Alto Cauca.
Fecha: 13/05/2025
Hora: 8:00 am.

Personas citadas: Docente Orientadora I.E. - Laura Duque.
*Facilitadores Programa Familias Fuertes

Asistentes: Laura Duque - Docente Orientadora I. E
- Alicia Badoya - Facilitadora
- Alejandro Barreras - Facilitador
- Vanesa Bartiago - Facilitadora.

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo y presentación de los facilitadores
2. Socialización programa Familias Fuertes.
3. Aclaración dudas e inquietudes
4. Acuerdos y compromisos

DESARROLLO

1. Siendo las 8:00 am del 13/05/2025 se da inicio a la reunión pactada con la docente orientadora de la I.E Alto Cauca del municipio de Marsella, Risaralda. Se realiza presentación del equipo de facilitadores y se brinda un caluroso saludo por parte de los mismos.

2. Se realiza socialización del programa a través de la utilización de PPT, donde se exponen: Antecedentes, objetivos, metodología, criterios de inclusión y temarios del programa Familias Fuertes.

3. Se genero un espacio para dar respuesta a dudas e inquietudes. Se realiza énfasis en el modelo preventivo del programa y la importancia de la focalización de las familias de acuerdo a los criterios de inclusión expuestos, con el fin de lograr una buena convocatoria.

4. Se establecen acuerdos y compromisos por parte de la I.E y los facilitadores del programa.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. La I.E se compromete a convocar y a brindar el espacio dentro de la agenda de padres a desarrollar el 21/05/2025 para la realización de la sesión 0.
2. Los facilitadores se comprometen a realizar flyer de la convocatoria y asistir puntualmente a la socialización de la sesión 0.

NOMBRE	FIRMA
Alejandro Cardona	
Alicia Bedoya O	Alicia Bedoya O

FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Docente Orientador.

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Facilitadora
Elaboró Leidy Vanesa Buitrago H.

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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

Dirección Operativa de Salud Pública

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

HOMERIS

Nombre de la reunión/capacitación: Socialización Pregonca familias fuertes
Fecha: 13/05/2025
Lugar: I.E Instituto Agrícola Alto Cauca
Facilitador/Conferencista: Alexa Bedoya, Alejandro Contreras, Vanesa Buitrago.
Hora Inicio: 8:00 am
Hora Finalización: 9:30 a.m.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012.
Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013

Nombre	Entidad	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico	Dirección	Municipio	Firma	Autorizo el uso de datos SI	Autorizo el uso de datos NO
Laura Duque	IE Alto Cauca	Docente orientador	3002178291	colegioaltocauca@gmail.com	Marsella	Marsella			X
Vanesa Buitrago	Homeris	Facilitadora	3017257579	psi.vanesabuitrago@gmail.com	Pereira	Pereira		X	
Alicia A. Bedoya	Homeris	Facilitadora	3217786922	alisbed221@hotmail.com	Dosquebradas	Rda		X	
Alejandro Contreras Aguirre	Homeris	Facilitador	3147016473	alejacaro@hotmail.com	Dosquebradas	Rda		X	

Versión: 06
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

Sesión 0 con padres, madres y/o cuidadores programa Familias Fuertes

ACTA No.

Lugar: Institución Educativa Instituto Agropecuario Veracruz - San Bernardino
Fecha: 15/05/2025
Hora: 7:00 am.

Personas citadas: Padres de Familia, madres de familia y cuidadores I.E Instituto Agropecuario Veracruz sede San Bernardino

Asistentes: Padres de familia, madres de familia y cuidadores I.E Instituto Agropecuario Veracruz sede San Bernardino.
Equipo familias fuertes: Alicia Bedoya, Alejandro Contreras, Valeria Buitago
Docente Giovanny Marcos = Representante I.E.

ORDEN DEL DÍA

1. Bienvenida y presentación de Equipo de Familias Fuertes
2. Socialización del programa
3. Criterios de inclusión y acuerdos respecto a día y horario
4. Diligenciamiento consentimiento Informado y Pre-test.

DESARROLLO

1. Siendo las 7:00 am del día 15/05/2025 se da inicio a la sesión 0 en la I.E Instituto Agropecuario Veracruz en su sede San Bernardino, contando con la asistencia de 36 padres, madres y/o cuidadores. Se realiza presentación del equipo de facilitadores del programa y se brinda una calurosa bienvenida

2. Se realiza socialización del programa Familias fuertes a través de la utilización de herramientas tecnológicas (Presentación PPT y video de experiencias) donde se dan a conocer los antecedentes, objetivos, metodología, criterios de inclusión y temáticas a desarrollar en las sesiones

3. Una vez realizada la socialización se indaga respecto al interés de las familias por participar en el programa y se recuerdan los criterios de inclusión, estableciéndose por parte de las familias el horario más pertinente para llevar a cabo las sesiones, llegando al acuerdo de que se desarrolle los días Martes de 7:00 am a 9:30 am.

4. Con las familias interesadas en participar del programa y que cumplen los criterios de inclusión se realiza la firma del consentimiento informado y diligenciamiento del Pre-test. Se agradece a las familias por su participación y se da apertura a la sesión 0 siendo las 9:00 am.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Las familias se comprometen asistir a la sesión 1 el próximo Martes 20/05/2025.
2. La T.S se compromete a facilitar los espacios y herramientas para llevar a cabo la sesión (Enviar carta a rectora)

NOMBRE	FIRMA
Jovanny de Arango	

Alicia Bedoya O.
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Psicóloga Clínica
Facilitadores - Programa.
Alejandro Barrera.

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Facilitadora
Elaboró Vanesa Buitrago.

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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

Dirección Operativa de Salud Pública

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS

Nombre de la reunión/capacitación: Sesión 0 — Facilitador/Conferencista: Alejandro Cortes, Mera Bodoya, Vanero Bustaya
Fecha: 15/05/2025 — Hora Inicio: 7:00 am
Lugar: I.E. Veracruz Sede San Bernardino — Hora Finalización: 9:00 am

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013

Nombre	Entidad	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico	Dirección	Municipio	Firma	Autorizo el uso de datos SI	Autorizo el uso de datos NO
Yuliana Osorio	INSTAUTO San Bernardino	mamá	3226917449	yuliana.osorio@sanbernardino.edu.co	los Blogues	Sta Rosa C	Juliana Osorio	X	
Estefanía Gonzalez	INSTAUTO San Bernardino	TIA	3116020812	N/A	los bloques	Sta Rosa C	Zaira Gonzalez	X	
claudia castillo	59837017	mamá	3167632543	N/A	fermin lopez	Sta Rosa C	claudia castillo	X	
Yuliana R	San Bernardino	mama	3203745613	N/A	la eugenia 7	sta rosa	Yuliana R	X	
Diana C	San Bernardino	mamá	3206926893	N/A	Entrada de la	Sta Rosa	Diana C.	X	
Diana Lopez	San Bernardino	Mamá	3216745479	lisethlopez325@gmail.com	cra 23 #30-57,	Santa Rosa	Diana Lopez	X	
Elizabeth B	San Bernardino	Mamá	3179955779	pampalonelizabeth@gmail.com	cra 23 # 30-30.	Sta Rosa	Elizabeth P.	X	
Ledi Jhesenia Cuadrado Ramirez	San Bernardino	Mamá	3109969146	cuadradoledi9@gmail.com	147@cs 325 Rosa 2 Eugenia 1	Sta Rosa C	Ledi Cuadrado	X	
Luis A casamachin	sanbernardino	Papá	3154805119	luisyluis567@hotmail.com	Los taxistas	Sta Rosa C	Luis A casamachin	X	
Brayan Villa	Sanbernardino	Padrasto	3122198889	N/A	La eugenia 7	Sta Rosa C	Brayan Villa	X	
Ludibia cash	San bernardino	abuela	3147199687	N/A	la eugenia	Sta Rosa	Ludibia C	X	
Luz Nelly Castaño	Sanbernardino	mamá	3177098821	N/A	la Eugenia 2	Sta Rosa	Luz Nelly	X	
Diana Mejia	Sanbernardino	mamá	3112250663	N/A	la cascadera	Sta Rosa	Diana Mejia	X	
Irma Lucia R.	Sanbernardino	mama	3145097944	N/A	Sendero 1	Sta Rosa	Irma Lucia Ramirez	X	
monica pinavez	pinavez	mamá	3105376213	N/A	la eugenia N1	Sta Rosa	monica pinavez	X	
Cielo Marin	Abuela	abuela		N/A	La Eugenia	Sta Rosa	Cielo Marin	X	
Yulieth Gil	Sanbernardino	Mamá	3216251298	N/A	Linares	Sta Rosa	Yulieth Gil	X	
Elena P. Suarez	Sanbernardino	Mamá	3147178477	suarezelenapatricia@gmail.com	Senderos	Sant Rosa	Elena P.	X	

Versión: 06
Vigencia: 06-2024

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

Dirección Operativa de Salud Pública

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS

Nombre de la reunión/capacitación: Sesión C
Fecha: 15/05/2025
Lugar: I.E Vereda Sede San Bernardino
Facilitador/Conferencista: Alejandra Pantera, Alicia Bedoya, Vanesa Bataya
Hora Inicio: 7:00 am
Hora Finalización: 9:00 am.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013

Nombre	Entidad	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico	Dirección	Municipio	Firma	Autorizo el uso de datos SI	Autorizo el uso de datos NO
Gloria Liliana	Ifs escuela	mamá	3135196852	NIA	la jenia	Santa Rosa	Gloria	X	
Gladis Muri	San Bernardino	Mama	3122580597	NIA	la eujenia	santarosa	Gladis	X	
olga yaneth		mama	3234228407	NIA	B/ Eugenia	santarosa	Yaneth P	X	
Beatriz Herrera		mama	3102791527	beatrizdom2305@gmail	"	Santa Rosa	Beatriz H.	X	
Keily Campo		mamá	3209866785	meicam22@outlook.com	"	Santa Rosa	Keily Campo H	X	
Erika Y. Correa		mama	3233330636	correayliana@hotmail.com	B/ Eugenia	Santa Rosa	Erika Yuliana Co	X	
Danna Perez		mamá	3044660985	Perezmaecela@gmail.com	"	Santa Rosa		X	
Gladys Otalvaro	Institución educativa Normal Superior San Bernardino	Abuela	3123160616	NIA	"	Santa Rosa	Gladis otalvaro	X	
Lizbeth Duran		Mamá	3149624208	NIA	"	Santa Rosa	Lizbeth	X	
M. Alejandra Hernandez		Mamá	3145723931	alejandrahernandezquer@	B/ Eugenia	Santa Rosa	M. Alejandra H.	X	
Luz Stella Tangarife		Abuela	3202502891	stellatangarife13@hotmail.co.		Santa Rosa	Luz Stella Tangarife	X	
Yeny Alzate		Mamá	3002384200	Yennyto329@gmail.com	B/ Eugenia	Santa Rosa	Yeny Alzate	X	
Juliana Florez		Mamá	3225591520	NIA	"	Santa Rosa	Yuliana Florez	X	
Geraldine Valencia			3005383074	NIA	"	Santa Rosa	Geraldine valencia	X	
Dina Longa		mamá	3177583510	dinaluzlonga@gmail	B/ Eugenia	Santa Rosa	Dina L	X	
Gloria I López		mamá	3117266952	NIA	la Angela	Santa Rosa	Gloria I López	X	
Angie Rivera		Mamá	3215547573	JosueKaren145@gmail.com	Pradera 2	Santa Rosa	Angie Rivera	X	
Claudia Agudelo		Mamá	3105216227	claudiaagudelo1611@gmail.com		Santa Rosa	Claudia A	X	

Versión: 06
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

Dirección Operativa de Salud Pública

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

Nombre de la reunión/capacitación: Sesión 0
Fecha: 15/05/2025
Lugar: IE Vereda Sede San Bernardino

Facilitador/Conferencista: Alejandra Cortes - Alicia Badoya - Vanesa Buitrago
Hora Inicio: 7:00 am
Hora Finalización: 9:00 am.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013

Nombre	Entidad	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico	Dirección	Municipio	Firma	Autorizo el uso de datos SI	Autorizo el uso de datos NO
Alicia Badoya	Homeris	Facilitadora	3217786422	alisbeo221@hotmail.com	La Pradera	Dosquebradas	Alicia Badoya Q	X	
Leidy Vanesa Buitrago	Homeris	facilitadora	3017257579	psi.vanesabuitrago@gmail.com	Pereira	Pereira		X	
Alejandro Cortes	HOMERIS	Facilitador	3119016473	alejandrocortes0512@gmail.com	Pereira	Pereira		X	

Versión: 06
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

Sesión 0 con padres, madres y/o cuidadores I.E.

ACTA No.

Lugar: Institución Educativa Instituto Agropecuario Veracruz - La Hermosa
Fecha: 15/05/2025
Hora: 6:00 pm.

Personas citadas: Padres, madres y/o cuidadores I.E.

Asistentes: Padres, madres y/o cuidadores I.E. Instituto Agropecuario Veracruz Sede La Hermosa.
Equipo Familias Fuertes = Alicia Bedoya, Alejandro Cortes, Vanesa Buitrago.

ORDEN DEL DÍA

1. Bienvenida y presentación del equipo de Familias Fuertes
2. Socialización del programa
3. Criterios de inclusión y acuerdos respecto a días y horarios
4. Diligenciamiento de consentimiento informado y Pre-test.

DESARROLLO

1. Siendo las 6:00 pm del día 15/05/2025 se da inicio a la sesión 0 en la I.E Instituto Agropecuario Veracruz en su sede La Hermosa, contando con la asistencia de 12 familias. se realiza presentación del equipo de facilitadores del programa y se brinda una calurosa bienvenida.

2. Se realiza socialización del programa Familias Fuertes a través de la utilización de herramientas tecnológicas (Presentación PPT y video de experiencias) donde se dan a conocer los antecedentes, objetivos, metodología, criterios de inclusión y temáticas a desarrollar en las sesiones.

3. Una vez realizada la socialización se indaga respecto al interes de las familias por participar en el programa y se recuerdan los criterios de inclusión, estableciéndose por parte de las familias el horario más pertinente para llevar a cabo las sesiones, acordándose que se desarrollen los días jueves de 6:00 a 8:00 pm.

4. Con las familias interesadas en participar del programa y que cumplen los criterios de inclusión se realiza la firma del consentimiento informado y diligenciamiento del Pre-test.

Se agradece a las familias por su participación y se da cierre a la sesión 0 siendo las 8:00 pm

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Las familias se comprometen asistir a la sesión 1 el próximo jueves 22/05/2025
2. La IE se compromete a facilitar los espacios para llevar a cabo las sesiones

NOMBRE	FIRMA

FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN) Alicia Bedoya O
Cargo Facilitadores

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Dinamizadora
Elaboró Yonesa Bedoya

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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

Dirección Operativa de Salud Pública

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS

Nombre de la reunión/capacitación: Sesión 0
Fecha: 15/05/2025
Lugar: I.E. Veracruz Sede La Hermosa

Facilitador/Conferencista: Alejandro Cortes, Alicia Bedoya, Vanesa Buitrago
Hora Inicio: 6:00 pm.
Hora Finalización: 8:00 pm.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013

Nombre	Entidad	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico	Dirección	Municipio	Firma	Autorizo el uso de datos SI	Autorizo el uso de datos NO
Claudia P. Becerra	La Hermosa	mamá	3122934769	KlaosLucy@gmail.com	barhermosa	Sta Rosa	claudia p Becerra	X	
Mg Lileth Mesa	la hermosa	mamá	3242793754	majoaalvarez@gmail.com	Kr 23A 19-41 3 etapa	sta Rosa		X.	
Carolina Echeverry	La hermosa	mamá	3136726020	Carolinaecheverry700@gmail.com	Calle 18 # 2852	sta Rosa	Carolina Echeverry	X	
Daniela Zapata	La hermosa	mamá	3151934191	Zapatadaniela1594@gmail.com	Argelia baja	Sta Rosa	Daniela Zapata A	X	
Sebastian	La hermosa	papá	3054054485	Sebastian1dm@gmail.com	la argelia casa	28 Sant ros	Sebastian	X	
Luz Mila Caldón	La hermosa	Mamá	3204877172	1054256@gmail.com	Hermosa 3a etapa	Sta Rosa	Luz Mila Caldón		
Martha Torres	La hermosa	Mamá	3142784748	altover2013@hotmail.com	hermosa	sta Rosa	Martha Liliana T	*	
Viviana Maya	La hermosa	Mamá	3117530320	Vivimaya944@gmail.com	C11178#28B-80	Santa Rosa	Viviana Maya	X	
Mónica López	la hermosa	mamá	3148579072	Monikalopez84@hotmail.com	Calle 28b #21-25	Sta R.	Monica J.	X	
Luz Elena Morales	La Hermosa	mamá	3206459183	margieluzelena673@gmail.com	Por detrás del tanque	Santa Rosa		x	
Ma Rubiela	la hermosa	mamá	3128223970	alvarezmarta2610@gmail.com	C11 27C #21 73	Sta Rosa	Mrubiela	X	
Jacirelly Gomez	la hermosa	mamá	3194915699	Jacirelly6@gmail.com	Calle 21A #22-82	Sta Rosa	Jacirelly G.	X	
Alicia Bedoya Q	Homeris	Facilitadora	3217786422	alicbedoya1@hotmail.com	La Pradera	D/bradas	Alicia Bedoya Q	x	
Alejandro Cortes	Homeris	Facilitador	3119016479	Alejandrocortes3522@gmail.com	D/das	D/das		X.	
Yeidy Vanesa B	Homeris	facilitadora	3017575754	vanesa.buitrago.herrera@gmail.com	Pereira	Pereira		X	

Versión: 06
Vigencia: 08-2024

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN EQUIPO DE SALUD MENTAL

ACTA No.

Lugar: Salón Social Puerto Madero 1 Belmonte
Fecha: 20 mayo 2025
Hora: 8 am

Personas citadas:
Equipo Salud Mental

Asistentes:
Equipo Salud Mental

ORDEN DEL DÍA

1. Seguimiento avances
2. Socialización tiempos y procedimiento de entrega de productos e informes de cuentas

DESARROLLO

Se realiza reunión con las profesionales de las ideas de la estrategia de salud mental a su casa con el objetivo de hacer seguimiento al desarrollo de la estrategia se identifica que Santa Rosa y Belén De Umbría han podido avanzar en el proceso de focalización y e identificación del riesgo con la ficha de evaluación de riesgo psicológico, suministrada por la coordinación de la estrategia, sin embargo, en el caso de Marsella se han presentado dificultades en el tema de enfoque de las familias, especialmente en la zona rural, por lo cual se desarrollan diferentes acciones para priorizar la visita dichas familias y cumplir con la menta durante el mes de mayo,

Se realiza socialización al equipo sobre cómo utilizar los diferentes instrumentos y formatos para hacer seguimiento o hacer producción de los productos a entregar en el Hospital Mental para la supervisión de la Secretaría de salud departamental, el informe mensual de pago por actividades ejecutadas

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se proyecta nueva reunión el día martes próximo para identificar avances

2. Subir información de avance al drive del programa

NOMBRE	FIRMA

Natalia Arias G.

FIRMA
Cargo

Sandra Paola Gil O

FIRMA
Cargo coordinadora.
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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

Dirección Operativa de Salud Pública

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

Nombre de la reunión/capacitación: Reunión equipo Facilitador/Conferencista: Sandra Paola Gilo
Fecha: 20 MAYO Hora Inicio:
Lugar: Puerto Madero 1 Hora Finalización:

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013

Nombre	Entidad	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico	Dirección	Municipio	Firma	Autorizo el uso de datos SI	Autorizo el uso de datos NO
Angie L García	Homeris	Trabajo Social	3207022883	angiegarcia426@gmail.com	MJ casa 11 Hacienda	Pereira	Ana L García	X	
Nancy Cardona	Homeris	psicóloga	3193177190	Educanano910@ Gmail.com. Cll 17. N: 5-65	Dosquebradas			X	
Sarcia Cardona	Homeris	Bicóloga	3057333256	carmattepizarro@gmail.com	Puertos Alcalá	Pereira		X	
Luisa Fda R	Homeris	T. Social	3226965338	Uramirez7917@gmail.com	Blogues Centro	Pereira		X	
Natalia Arias	Homeris	T. S	3135552704	natalia-arias3@unilibre.edu.co	Vda. Santa Ana	Dosquebradas	Natalia Arias	X	
Natalia Ramirez	Homeris	Psicóloga	3113865424	nataliaramirezhoyos@gmail.com	San Jacinto Manzana 1	Pereira	Natalia Ramirez	X	

Versión: 06
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

Sesión 0 padres/madres y/o tutores programa Familias Fuertes

ACTA No.

Lugar: Casa de la cultura Marsella
Fecha: 21/05/2025
Hora: 10:00 am.

Personas citadas: Docente Orientadora I.E - Laura Duque.
- Padres de Familia I.E.
- facilitadores programa familias fuertes

Asistentes:
- Laura Duque - Docente Orientadora I.E.
- Alicia Bedoya - facilitadora
- Alejandro Contreras - facilitador
- Vanesa Buitrago - facilitadora.

ORDEN DEL DÍA
1. Llegada de los facilitadores al espacio
2. Aclaración por parte de la docente Orientadora frente a la inasistencia
3. Viabilidad del programa en la I.E y acuerdos
4. Focalización familias para una nueva convocatoria.

DESARROLLO

1. Siendo las 10:00 am del día 21/05/2025 el equipo de facilitadores se presenta en la casa de la cultura de Marsella, espacio donde se tenía planeado desarrollar la sesión 0 con los padres/madres y/o cuidadores de la I.E Instituto Agrícola Alto Cauca, no obstante no se presentó ninguna familia al espacio.
2. Ante la situación ocurrida la docente orientadora refiere que pese a que la convocatoria se realizó casi con una semana de anticipación es muy recurrente que los padres no asistan a espacios convocados por la I.E. más cuando estos pertenecen a las sedes rurales (Que eran los convocados para la sesión).

3. Se revisa la viabilidad del desarrollo del programa en la I.E, la docente Orientadora refiere que sí es posible, sin embargo menciona es mejor llevarla a cabo con las familias de la sede de bachillerato, ya que estas se encuentran ubicadas en la sede principal y convocar sólo a las familias que viven cerca a la I.E.

4. Se realiza focalización de las familias en conjunto con la docente Orientadora y se establece base de datos para una nueva convocatoria.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Las facilitadoras se comprometen a llamar a las 57 familias de la base de datos para una nueva sesión o el día
2. 23/05/2025

NOMBRE	FIRMA
Alicia Bedoya O	Alicia Bedoya O
Alejandro Contreras Mejía	

Juan M. Duque O.
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Docente Orientador IAAC.

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Facilitadora
Elaboró Vanesa Buitrago

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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

Sesión 0 con padres/madres y/o cuidadores Programa Familias Fuertes

ACTA No.

Lugar: Institución Educativa Instituto Agrícola Alto Caura
Fecha: 23/05/2025.
Hora: 8:00 am

Personas citadas: Docente Orientadora I.E - Laura Duque.
- Padres de Familia I.E
- Facilitadores programa familias fuertes

Asistentes: Laura Duque - Docente Orientadora I.E
- Alica Bedoya - Facilitadora
- Alejandro Contreras - facilitador
- Vanessa Quintago - facilitadora

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo y presentación de los facilitadores
2. Socialización programa familias fuertes
3. Aclaración dudas e inquietudes
4. Acuerdos y compromisos

DESARROLLO

1. Siendo las 8:00 am del día 23/05/2025 se da inicio a la sesión 0 en la I.E Instituto Agrícola Alto Caura, contando con la asistencia de 13 padres/madres y/o cuidadores. Se realiza presentación del equipo de facilitadores del progama y se brinda una calurosa bienvenida

2. Se realiza socalización del programa Familias Fuertes a través de la utilización de herramientas tecnológicas (Presentación PPT, video de experiencias previas del programa) donde se dan a conocer los antecedentes, objetivos, metodología, criterios de inclusión y temáticas a desarrollar en las sesiones

3. Una vez realizada la sesión se indaga respecto al interés de las familias por participar en el programa y se recuerdan los criterios de inclusión, estableciéndose por parte de las familias el horario más pertinente para llevar a cabo las sesiones, llegando al acuerdo de que se desarrolle los días viernes a las 7:00 am.

4. Con las familias interesadas en participar del programa y que cumplen los criterios de inclusión se realiza la firma del consentimiento informado y diligenciamiento del Pre-test

- Se agradece a las familias por su participación y se da cierre a la sesión 0 siendo las 10:00 am.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Las familias se comprometen a socializar y convocar más familias de la comunidad que cumplan los criterios con el fin de conformar el grupo de 15
2. Las facilitadoras se comprometen a llevar a cabo la sesión 1 el viernes 30/05/2025

NOMBRE	FIRMA
Alejandro Contreras Mejía	
Alicia Bedoya Q	Alicia Bedoya Q

FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Docente Orientador

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Facilitadora
Elaboró Vanesa Buitrago

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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

Dirección Operativa de Salud Pública

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

Nombre de la reunión/capacitación: Sesión 0
Fecha: I.E Instituto Agrario Alto Cauca
Lugar: 23/05/2025

Facilitador/Conferencista: Alicia Bedoya - Alejandro Antero - Vanesa Buitrago
Hora Inicio: 8:00 am
Hora Finalización: 1000 am.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012, Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013

Nombre	Entidad	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico	Dirección	Municipio	Firma	Autorizo el uso de datos SI	Autorizo el uso de datos NO
Omaira Grajales	Alto Cauca	Mamá	3146699242	N/A	Resguardo Alto Cauca	Marsella	omaira Grajales	X	
Derly Giraldo	Alto Cauca	Mamá	3105497036	N/A	Finca Porvenir	Marsella	DERLY. Giraldo	X	
Carlos E. Alzate	La Palma	Papá	3136035412	N/A	V. la Palma	Marsella	CARLOS E ALZATE	X	
Rubiela Rodríguez	Alto Cauca	Mamá	3206816480	N/A	V. La Armenia	Marsella	Rubiela Rodríguez	X	
Ferney Montes	Alto Cauca	Papá	3122026199	ferneymontes0102@hotmail.com	Iglesia Pentecostal	Marsella		X	
Isabel Vasco R	Antonio José	Abuela	3216536654	N/A	B/ Villa Rica	Marsella	Isabel Vasco	X	
Alejandro Vasco	Alto Cauca	Mamá	3208320828	N/A	B/ Villa Rica	Marsella	Alejandra	X	Vasco
Maria Montenegro	Alto Cauca	mamá	3208179693	N/A	V. Siria Alta	Marsella	maria montene	X	
Amanda Herrera	Alto Cauca	mamá	3148202471	N/A	V. Buenavista	Marsella	Amanda Herrera P.	X	
Juan Julio Vargas	Pajui	papá	3207438547	N/A	Bajo Pajui	Marsella	JuanJulioVarg	X	
Everlyn Ramos	Cerazal	mamá	3217369446	N/A	V. Cerazal	Marsella	Everlyn	X	
Jaidy J. Reyes	Alto Cauca	mamá	3217824452	johanareyes009@gmail.com	B/ Sauciente	Marsella	Johanna y Cesar	X	
Martha Flores	Resguardo Solidaima	mamá	3126323844	N/A	Resguardo I	Marsella	Marta Flores	X	

Versión: 06
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

Socalizacion Programa Familias Fuertes I.E. Instituto Estrada.

I.E Instituto Estrada **ACTA No.**

Lugar: 23/05/2025
Fecha:
Hora: 12:00 pm.

Personas citadas: Sandra Patiño Echeverri - Coordinadora de Convivencia Facilitadores Familias Fuertes

Asistentes: Sandra Patiño Echeverri - Coordinadora de convivencia
Alejandro Contreras - Facilitador
Alica Bedoya - Facilitadora
Vanesa Buitrago - Facilitadora.

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo
2. Socalizacion del programa.
3. Viabilidad
4. Acuerdos y Compromisos

DESARROLLO

1. Siendo las 12 pm del dia 23/05/2025 se realiza sesión de socalizacion del programa Familias Fuertes con la Coordinadora de convivencia de la I.E Instytute Estrada. Se realiza presentacion de los facilitadores del programa

2. Se realiza socialización del programa Familias Fuertes donde se dan a conocer los antecedentes, objetivos, metodologia, criterio de inclusión y temáticas a desarrollar en las sesiones

3. Se revisa la viabilidad de desarrollar el programa en la I.E, la coordinadora refiere que es posible desarrollarlo con dos de las sedes del colegio de grados 4 y 5to, motivo por el cual se estará contactando con los docentes a fin de revisar la viabilidad de desarrollar sesión 0 la siguiente semana.

4. La coordinadora refiere realizará la focalización de las familias y compartirá a los facilitadores el listado con el fin de poder convocados a la sesión 0.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. La I.E se compromete a focalizar las familias para participar del programa.
2. Las facilitadoras posterior al envío del listado por parte de la I.E se comprometen a convocar a sesión 0 a través de llamados telefónicos

NOMBRE	FIRMA
Alicia Bedoya Q	Alicia Bedoya Q
Alejandro Contreras Mejia	

Sandra Patiño B.
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Coordinadora de Convivencia.

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Facilitadora
Elaboró Leidy Vanessa Buitrago H.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 018000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA ACTA DE REUNIÓN
Versión: 1	Vigencia:2.020

REUNIÓN PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL

ACTA No.

Municipio-Lugar:	Santa Rosa de Cabal - Concejo Municipal.
Fecha:	Día – Mes- Año 26 05 25
Hora inicio-final	2:00 p.m. - 4:00 pm
Asunto:	Socialización del ESE Hopital Mental Universitario de Risaralda en el Concejo Municipal
Personas citadas: Concejales del Municipio de Santa Rosa de Cabal	
Asistentes: (ver registro de asistencia/ No de folios) 20	
ORDEN DEL DÍA:	
1.	Presentación de la Gerente del ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda.
2.	Socialización de la coordinación de programas PIC y del programa FRISCO CAMAD
3.	Exposición del Programa Linea Amiga.
DESARROLLO:	

La sesión dio inicio a las 2:00 p.m. con la intervención de la gerente del ESE Hospital Mental Universitario Risaralda, Beatriz Villegas, quien presentó un panorama general de la institución. Durante su intervención, expuso los principales servicios que ofrecen el Hospital HOMERIS, sus beneficios, las dificultades actuales y el estado general de la

Scanned with CamScanner

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA ACTA DE REUNIÓN
Versión: 1	Vigencia:2.020

entidad.
Seguidamente, la coordinación de programas presentó los componentes del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y del programa FRISCO CAMAD Caminando por la vida. En esta Intervención, se socializaron también los programas de Extensión de la ESE como Familias Fuertes y Salud Mental. Además, se expuso el programa de Reducción de Riesgos y Daños, resaltando las gestiones realizadas en torno a la generación de información y conocimiento, Así como las posibilidades de apoyo e implementación de estos programas en el municipio.

Posteriormente, el equipo de comunicaciones del programa Línea Amiga tomo la palabra para socializar los objetivos del programa, sus beneficios, la justificación de su implementación y algunas de las capacitaciones que ya se han llevado a cabo en el marco de esta iniciativa.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1.	
2.	
3.	

FIRMA	FIRMA Sandra Paola Cilo coordinadora.
Cargo Secretaria Salud.	Cargo:

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: FURISOC Fundacion Risaralda Social
Fecha: Martes 27 Mayo 2025
Hora: 3:00 PM.

Personas citadas: Olga Lopez Carmona
Uriel Antonio Fernandez Calvo
Karen Valencia Melia

Asistentes: Olga Lopez Carmona
Uriel Antonio Fernandez Calvo
Karen Valencia Melia

ORDEN DEL DÍA

1. Se Reciben 200 Refrigerios
2.
3.
4.

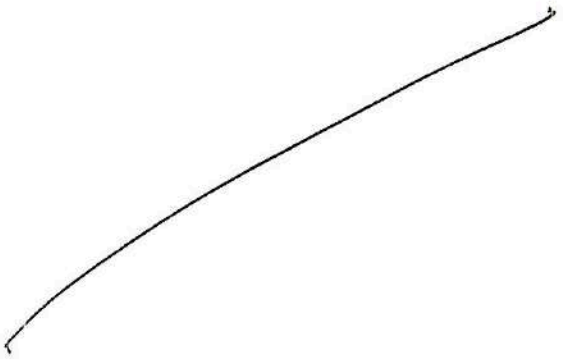
DESARROLLO

1. Se Reciben Correctamente

2.

3.

4.



COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1.

2.

NOMBRE	FIRMA
Olga Lopez Carmona	
Karen Valencia Tejada	
Uriel Antonio Fernandez C	

FIRMA
Cargo

FIRMA
Cargo Técnico Administrativo
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

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

RISARALDA

HOMERIS

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FAMILIA (PADRES)

MUNICIPIO: SANTA ROSA, RISARALDA Sede San Bernardino

TRIADA: ALEJANDRO CONTRERAS, ALICIA BEDOYA, VANESA BUITRAGO

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/OTUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones) SESIÓN 1 20 / 05 / 2025	SESIÓN 2 27 / 05 / 2025	SESIÓN 3 / /
1	Beatriz Hernandez	Emilyn Rios Hernandez	Beatriz Hernandez	*Beatriz Hernandez	
2	Dinna Longa	Victoria Hernandez Longa	Dina L Longa	Dina L Longa	
3	Luz Stella Tamcanife (Abuela) Daniela Campuzano (mama)	Luciana Perdigon Campuzano.	Luz stella T.	*Daniela Campuzano	
4	Diana Lopez	Maikel Londoño Lopez	Diana Lopez	*Diana lopez.	
5	Lisbeth Duran	Rosmeli Cordero Duran	*Lisbeth	Lisbeth	
6	Claudia Agudelo	Luciana Bedoya Agudelo.	Claudia Agudelo	*Claudia Agudelo	
7	Elizabeth Parra	Justin Martin Bedoya Parra	Elizabeth Parra P	*Elizabeth Parra	
8	Dina L. Ramirez	Emily Montoya Ramirez	Irma lucia Ramirez	*Irma lucia Ramirez	
9	Leidy J. Cuadrado	Stacy Johana Chacón Cuadrado	Leidi Cuadrado R.	*Leidi Cuadrado R.	
10	Geraldine Valencia	Johan Eduardo Montoya Valencia	Geraldine valencia	*Geraldine valencia	

* el original reposa en los archivos del programa F.F se adjuntal al Firalizar el contrato los originales.

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

RISARALDA

HOMERIS

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FAMILIA

(PADRES)

MUNICIPIO: SANTA ROSA, RISARALDA Sede San Bernardino | **TRIADA: ALEJANDRO CONTRERAS, ALICIA BEDOYA, VANESA BUITRAGO**

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/OTUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones)		
			SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3
			20 / 05 / 2025	27 / 05 / 2025	/ /
11	Gladys Otalvara (Abuela)	Helany Cardona Arias.	Gladis otalvaro	Gladis otalvaro	
12	Gloria Ines Copez	Juan Camilo Diaz.	x Gloria Ines Lopez	x Gloria Ines lopez	
13	Hector Fabio Morin	Santiago Morin Giraldo	x Hector fabio Mo	x Hector fabio Morin	
14	Yenni Tatiana Alzate	Erik Muñoz Alzate.	x Yenny Anate	x Yenny Anate	
15	Diana Mejia	Salome Moreno Mejia	Diana mejia	Diana Mejia	
16	Yuliana Osorio	Maria Antonia Ramirez	Yuliana Osorio	Yuliana Osorio	
17					
18					
19					
20					

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

RISARALDA

HOMERIS

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FAMILIA (ADOLESCENTES)

MUNICIPIO: SANTA ROSA, RISARALDA Sede San Bernardino

TRIADA: ALEJANDRO CONTRERAS, ALICIA BEDOYA, VANESA BUITRAGO

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/OTUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones) SESIÓN 1 20 10SI 2023	SESIÓN 2 27 10SI 2023	SESIÓN 3 / /
11	Daniela Campuzano.	Luciana Pardigon Campuzano.	Luciana	Luciana	
12	Geraldine Valencia.	Jolian Eduardo Montoya Valencia	Jhojan	*Jhojan	
13	Dinna Ramírez	Emily Montoya Ramírez	Emily	*emily	
14	Leidy J. Cuadrado	Stacy Juliana Pinaco Cuadrado	Stacy	*stacy	
15	Claudia Agudelo	Luciana Bedoya Agudelo	Luciana	*Luciana	
16	Lisbeth. Duran.	Andreina. Cordero Duran	Andruña	*Andreña	
17	Beatriz Hernandez.	Emilyn Lizo Hernandez	Emilin	*Emilih	
18	Gladys otalvera.	Melany Cordova Arias	Melany	*Melany	
19	Elizabeth Parra.	Justin Martín Bedoya Parra.	Justin martin	*Justin martin	
20	Diana Lopéz	Maikel Londoño Lopéz	maikel lopo-ño	*maikel	

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FAMILIA (ADOLESCENTES)

MUNICIPIO: SANTA ROSA, RISARALDA Sede San Bernardino

TRIADA: ALEJANDRO CONTRERAS, ALICIA BEDOYA, VANESA BUITRAGO

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/OTUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones) SESIÓN 1 20 10 05 2025	SESIÓN 2 27 10 05 2025	SESIÓN 3 / /
1	Gladys Murillo	Juan José Nariño Murillo	Juan José Nariño murillo	Juan José Nariño murillo	
2	Hector Fabio Marin	Santiago Marín Giraldo.	santiago marin	x santiago marin	
3	Dinna Conga.	Victoria Sosay Hernandez Conga.	victoria saray	x victoria saray H.	
4	Gloria Ines Copéz	Juan Camilo Díaz Copéz	Juan camilo	Juan camilo	
5	Yenni Tatiana Alzate A.	Erick Muñoz Alzate	x Evik muñoz Alzate	x Evik muñoz alzate	
6	Diana Mejia.	Salome Moreno Mejía	Salome Moreno	Salome moreno	
7	Yuliana Osorio	Maria Antonia Ramirez	Maria Antonia Ramirez	Maria Antonia Ramirez	
8					
9					
10					

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMLÍMITES LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FA MILIA (PADRES)

MUNICIPIO: Santa Rosa de Cabal Sede La Hermosa

TRIADA: Alicia Bedoya, Vanessa Restrepo, Alejandro Cardona

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/O TUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones) SESIÓN 1 22 10 2025	SESIÓN 2 29 10 2025	SESIÓN 3 / /
1	María Rubiela Alvarez G.	Danna Sofía Marquez.	Mª Rubiela	Mª Rubiela	
2	Jorge Iván Marquez.	Isabela Marquez Alvarez	Jorge Iván	Jorge Iván	
3	Claudia Patricia Becerra	Eseraina Hernandez	Claudia p. Becerra	Claudia p. Becerra	
4	Luz Elena Morales.	Daura Velez.	Luz Elena Morales	Luz Elena Morales	
5	Julian Velez	María Paula Velez	Julian Velez.	Julian Velez.	
6	Viviana Maya Velasquez	Nikol García	Viviana Maya		
7	Carolina Echeverry	Aolby Mariana Sanchez	Carolina Echeverry	Carolina Echeverry	
8	María Yulieth Mesa Alvarez.	María José Bonilla Mesa.	Mª Yulieth Mesa	Mª Yulieth Mesa	
9	Mónica Yulieth Lopez	Salome Murillo.	Mónica Y. López	Mónica Y. López	
10	Luz Mila Cardona.	Dilan Alcaraz.	Luz Mila Valdeir	Luz Mila Valdeir	

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FAMILIA

(PADRES)

MUNICIPIO: Santa Rosa de Cabal / Santa Rosa de Cabal - Torre La Hermosa TRIADA: Alicia Bedoya - Vanessa Restrepo - Alejandro Contreras

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/O TUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones) SESIÓN 1 22/08/2025	SESIÓN 2 29/08/2025	SESIÓN 3 / /
11	Sebastián Taborda.	Yhojan Zapata.	Sebastian taborda	Sebastián taborda.	
12	Daniela Zapata	Salome Toro.	Daniela tapata A.	Daniela Zapata A.	
13	yoely Castilla.	Dolliam Correa.	Yoely Castillo	Yoely CASTILLO	
14	Martha Liliana Torres-Vargara	Jarvey Alvear Torres.	Martha Torres.	Martha liliana torres	
15	Jairelly Gaviria	Nathan Aragon.	Jairelly G.	Jairelly Gómez	
16					
17					
18					
19					
20					

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FAMILIA (ADOLESCENTES)

MUNICIPIO: Santa Rosa de Cabal Sede la Hermosa

TRIADA: Alicia Bedoya - Vanessa Buitrago - Alejandro Contreras

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/O TUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones) SESIÓN 1 22 / 05 / 2025	SESIÓN 2 29 / 08 / 2025	SESIÓN 3 / /
1	Maria Rubiola Alvarez	Isabella Morquez.	Isabella	Isabella.	
2	Jorge Luis Morquez.	Danna Sofia Morquez.	Danna. Sofia. Marquez.	Danna. Sofia. M.	
3	Martha Liliana Torres Vargas.	Samuel Alvarez Torres	Samuel	Samuel	
4	Sebastian Taborez	Juan Zapata.	Juan Zapata.	Juan Zapata.	
5	Luz Elena Morales.	Daniel Velez			
6	Luz Mila Cardona.	Dilan Chicaiza.	Dilan Chicai 29	Dilan	
7	Yoiby Castillo.	Samuel Jerico García			
8	Monica Julieth Lopez	Salome Murillo Lopez.	Salomé Murillo	Salomé Murillo	
9	Julian Velez	Camila Velez			
10	Maria Julieth Mesa Alvarez	Maria Jose Cardona	Maria José B. M.	Maria Jose B.M.	

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS E.S.E. Hospital Mental

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES
LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FAMILIA
(ADOLESCENTES)

MUNICIPIO: Santa Rosa de Cabal / Sede la Hermosa — TRIADA: Alicia Bedoya - Vanessa Buitrago - Alejandro Carmona

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/O TUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones) SESIÓN 1 22 / 05 / 2025	SESIÓN 2 29 / 05 / 2025	SESIÓN 3 / /
11	Jairelly Gomez.	Yhan Aragua.	Yhan	Yhan	
12	Claudia Patricia Becerra.	Geraldy Hernandez	Luciana Hernandez	Luciana Hernandez	
13	Yoely Castilla	Aolham Garcia	Aolham	Aolham	
14	Viviana Maya Velasquez.	Nikol Garcia.	Nikol García		
15	Monica Yulieth Copez.	Salome Murillo.	Salomé Murillo...		
16	Carolina Echeverry	Ashley Marcela Sanchez.	Ashley M.	Ashley M	
17	Daniela Zapata.	Salome Toro.	Salomé Toro	Salomé Toro	
18					
19					
20					

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FAMILIA (ADOLESCENTES)

MUNICIPIO: Marsella - Alto Cauca | TRIADA: Alicia Bedoya - Vanesa Buitrago - Alejandro Contreras

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/O TUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones) SESIÓN 1 30 / 05 / 2025	SESIÓN 2 / /	SESIÓN 3 / /
1	Amanda Herrera	Sebastian Reyes	Sebastian Reyes		
2	Blanca Omaira Gonzalez	Juan Manuel Herrera	Juan manuel Herrera		
3	Jackelin Main	Andrea Oliveros	Andrea oliveros		
4	Deily Giraldo	Lizeth Johana Reyes	Lizet reyes		
5	Juan Julio Vargas	James Vargas	James vargas		
6	Geraldine Bedoya	Erick Zapata B.	Erik Zapata		
7	Martha Liliana Flores	Alan Geronimo Osorio Flores	Alan		
8	Maria Montenegro	Yainer A. Molano	Yainer		
9	Rafael Vasco Rivera	Hamerth Mateo Velez Vasquez	Hamerth Mateo		
10	Yohana Marcela Zapata	Joseph Stiven Montes Ilarc	Joseph Stiven		

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS E.S.E. Hospital Mental

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES
LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FAMILIA
(ADOLESCENTES)

MUNICIPIO: Marsella - Alto Cauca | TRIADA: Alicia Bedoya - Vanesa Bustago - Alejandro Contreras.

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/O TUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones) SESIÓN 1 30/05/2025.	SESIÓN 2 / /	SESIÓN 3 / /
11	Rubela Rodriguez Hernandez	Melany Bacero Rodriguez	melany		
12	Everlin Ramos	Yoider Vargas	Yoider		
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMLÍMITES LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FA MILIA (PADRES)

MUNICIPIO: Marsella - Alto Cauca. TRIADA: Alicia Bedoya - Vanessa Buitrago - Alejandro Contreras

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/O TUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones) SESIÓN 1 30/05/2025	SESIÓN 2 / /	SESIÓN 3 / /
1	Amanda Henao	Sebastian Reyes	Amanda Henao		
2	Blanca Omaira Grajales	Juan Manel Herrera	Omaira Grajales		
3	Jackelin Main	Andrea Oliveros	Jackelin Main		
4	Derly Giraldo	Lizeth Johana Hoyos	DERLY GIRALDO Lizeth HOYOS		
5	Juan Julio Vargas	Jomer Vargas	Juan julio vargas		
6	Geraldine Bedoya.	Erick Zapata B			
7	Martha Liliana Flores	Alan Geronimo Osorio Flores			
8	Maria Monknegro	Yoiner A. Molano	maria		
9	Isabel Vasco Rivera	James Mateo Velez Vasco	Isabel Vasco R		
10	Yohana Marcela Llano Zapata	Joseph Stiven Monko Llan.	Johana M Llano		

Powered by CamScanner

FAMILIAS FUERTES Amor y Límites

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES LISTA DE ASISTENCIA DE LA SESIÓN FAMILIA

(PADRES)

MUNICIPIO: Marsella - Alto Cauca. TRIADA: Alicia Bedoya - Vanesa Buitrago - Alejandro Contreras

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Y/O TUTORES (Escribir con letra imprenta)	ADOLESCENTE	FIRMA (Consignar fechas de las sesiones)		
			SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3
			30 / 05 / 2025	/ /	/ /
11	Rubiela Rodriguez Hernandez	Melany Becerra Rodriguez	Rubiela Rodriguez		
12	Everlin Ramos	Yaider Vargas	Everlin		
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Powered by CamScanner

SALUD MENTAL MARSELLA

SAUD

MEHTAP

MARGELA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 1

Lugar: Dirección Local de Salud - Municipio de Marsella
Fecha: 13-05-2025
Hora: 10:00 A.M

Personas citadas: Directora Local de Salud.
Psicóloga contratista.
Psicóloga Contratista.

Asistentes: Psicóloga Contratista Yined Olarte.
Psicóloga contratista Adriana.
Psicóloga contratista Homeris Daraly Cardona.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de la Profesional.
2. Presentación del PIC.
3. Divulgación Objetivos y desarrollo PIC.
4. Enlace Profesionales PIC / Docente Orientadora.

DESARROLLO

1. Presentación entre las Profesionales y sus respectivos roles.

2. Se realiza la contextualización y distinción entre Programas PIC y Familias Fuertes.

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

3. Se socializan objetivos y estrategias para el desarrollo del PIC con las familias de las instituciones.

4. Se iden-
de

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 2

Lugar: Institución Educativa Estrada-Mabella
Fecha: 21-05-2025
Hora: 8:00am

Personas citadas: Coordinadores
Rector
Orientadora

Asistentes: Sandra Patiño - Coordinadora convivencia
Jesus A Loaiza - Coordinador
Jorge Tamayo - Rector
Sandra Caicedo - Docente orientadora

ORDEN DEL DÍA

1. Presentacion de asistentes
2. Presentacion del programa
3. Presentacion de la propuesta
4. Compromisos

DESARROLLO

1. Presentacion de asistentes y su respectivo rol dentro de la institucion y presentacion de los profesionales PIC y su respectivo rol.

2. Presentacion de propuesta de intervencion, objetivo y actividades a realizar con las familias focalizadas.

*el original reposa en los documentos Originales del programa a cargo de la coordinadora.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE

DIRECCIÓN OPERATIVA DEPARTAME

3. Exposicion de casos de poblacion infanto-addescente para trabajar e intervenir en zona rural y urbana. de Marsella

4. Cierre de D.

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 22-05-25

Yo, Leidy Ihoana Lopez mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1094796278 actuando en nombre la familia: Monsalve Lopez, de la vereda Galan; 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: 3225237934

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Leidy Ihoana Lopez G.

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Sara Cardona – Psicóloga. Tatiana Ramirez 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

Dlon

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		3	
	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	
	¿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	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	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	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	3	
	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	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		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	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.		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		

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	

DILEGENCIADO POR: Lubi 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	0	
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	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 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 8. Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	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 - Barrio Galán
Fecha: 22-05-2025
Hora: 8:30am

Personas citadas: Familia Monsalve López.

Asistentes: Leidy Jhoana López
Dylan Monsalve López.
Sara Cardona Vargas.
Luisa Fda Ramírez

ORDEN DEL DÍA

1. Presentaciones de las Profesionales y la Familia.
2. Presentación del programa y consentimiento informado.
3. Aplicación Ficha Familiar APS.
4. Compromisos y Fechas tentativas para intervenciones.

DESARROLLO

1. Se presentan las profesionales y sus roles; Posteriormente se presenta la Familia con sus respectivos roles.

2. Se realiza la exposición y explicación del PIC, con sus objetivos y se lee/firma el consentimiento informado.

3. Se realiza el diligenciamiento de la Ficha Familiar APS con todos los miembros.

4. Se consultan días de la semana en la que todos los integrantes tienen disponibilidad para realizar las intervenciones.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

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

2. Avisar con anticipación el día disponible/ familia/ semana 2 - Junio.

NOMBRE	FIRMA

FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN) Yeidy Jhoana López G.
Cargo Líder de la familia.

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA) S. Cardona
Cargo Psicología.
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

ARTAMENTO DE
SARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

IVIDAD: Sorsy Cardona
Visita D - Caracterización Flia. Monsalve López
2205-2025.
Marsella - Barrio Galán

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
6218	Jeidy Sheara López	33		X								X														X			Sura	Galan	3225237934	X		Jeidy Lopez	X	
543	Dylan Monsalve	11	X																								X		Salud total	Galan.		X		Dylan M	X	
310	Sorsy Cardona Vargas	21		X																							X		Sura	Pereira.	3057737256	X			X	
151	Leidy Tatiana Perez	22		X											X												X		Nueva EPS	Centro Pereira	3206165338	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 22-05-25

Yo, Luz enith Ospina Barragán mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 24766395 actuando en nombre la familia: Cano Ospina, de la vereda Barrio la aurora 1; 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: 3217563303.

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Luz Enid Ospina Barragan

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Sandy Cardona, Luisa Ramirez
Psicóloga Trabajo Social.

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

Sofia Isabella CEBALLOS

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		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 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	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	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		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	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.		3,4	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo 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 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: Luzei Ramirez
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajo Social

ACOMPAÑADO POR: Sarah Cardona
Nombre y Apellidos
Profesión: psicologa

Firma del representante de la familia: Luz Enid.

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	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	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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 0

Lugar: Aurora 1 - Cll. 10 #16-12
Fecha: 22-05-25.
Hora: 12:00 p.m

Personas citadas: 3-Familia Ceballos Pineda.

Asistentes: Isabella Ceballos Pineda.
Wz Enid Ospina
Luis Fernando Cano
Sarly Cardona Vargas
Luisa Fernanda Ramirez

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de las profesionales con la Familia.
2. Presentación del programa y consentimiento informado.
3. Aplicación de Ficha Familiar APS.
4. Compromisos de intervenciones.

DESARROLLO

1. Se realiza la presentación entre las profesionales y la familia, con el Fin de conocer roles y Personas implicadas en el Proceso.

2. Se explica el Programa, el proceso y la intervención a realizar con la Familia.

3. Se aplica la Ficha Familiar APS, consultando con la Familia los items.

4. Se consulta disponibilidad horaria de la Familia para la siguiente intervención.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Visitas los miércoles en jornada de la tarde.

2. Plan de intervención / Profesionales / miércoles.

NOMBRE	FIRMA

FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo

FIRMA (~~PERSONA QUE ELABORA~~)
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: Sara Cardona - Luisa F. Ramirez.
Visita D - caracterización Familia Ceballos Pineda.
22-05-25

Marcella - Aurora 1 - cll 10 #16-12

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
558	Isabella Ceballos	11		X																						X			Calle 10 #16-12 aurora 1	3106919938	X		Isabella		
315	Luz Enid Ospina	47		X																						X			Calle 10 #16-12 aurora 1	3217565303		X			
09	Luz Fernanda Cano	52	X																							X			calle 10 #16-12 AURORA 1	3117807169	X		Fernanda Cano		
370	Sara Cardona V	21		X																						X			Casa	Pereira	3053737256	X		Cardona		
251	Luisa Fda Ramirez	27										d			X											X			Nueva EPS	Centro pereira	3226965338	X		Luisa Ramirez		

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 22-05-2025

Yo, Claudia Ramirez mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 22011913 actuando en nombre la familia: Tascon Ramirez, de la vereda La Victoria; 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: 3117727618.5

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Claudia

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Sarry 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

Emmanuel Flores

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		5	
	Ciclo 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	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	0	
	La relacion familiar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Riesgo 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	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 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	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		
	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		0	
	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	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:herrnanos 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 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		
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 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: Wilsa Ramirez

Nombre y Apellidos

Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR: Sarai Cardona

Nombre y Apellidos

Profesión: Psicóloga

Firma del representante de la familia: elena

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	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	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	1	
	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	1	
	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: Magdalena - La acacia.
Fecha: 22-05-2020.
Hora: 9:00 PM

Personas citadas: Familia Torres Ramirez.

Asistentes: Claudia Ramirez, Emanuel Torres Ramirez, Sara Manuela Madroñero, Gina Ramirez, Dana Valeria Torres.
Sara y Cardona Vargas.
Luisa Fernanda Ramirez.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentaciones de las profesionales y la familia.
2. presentación del programa y Firma consentimiento.
3. Aplicación familiar de la ficha APS.
4. compromisos y Fechas para intervenciones futuras.

DESARROLLO

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

2. Se realiza explicación del Plc y los objetivos del programa, además se Firma el consentimiento informado.

3. Se diligencia la Ficha Familiar APS con ayuda de los asistentes.

4. Se indaga por la disponibilidad horaria de los personas de la Familia con el Fin de concordar la primer intervención.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

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

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

NOMBRE	FIRMA

FIRMA
Cargo Lider de Flia

FIRMA
Cargo Psicóloga. 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: Sarah Cardona - Luisa F. Ramirez.
Visita D - Caracterización Flia Torres Ramirez.
27-05-2025
Marsella - La Aurora

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	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
413	Claudia Ramirez	51		X																									Asmet S	La aurora	3117276185	X				
9178	Emanuel Torres Ramirez	12	X																										Asmet S	La aurora	3117276185	X		Emmanuel		
8008	Sara M. Madroñero	11		X																									Asmet S	La aurora	3117276185	X		Sara Manuela		
001	Gina Ramirez	28		X																									Asmet S.	La aurora	3117276185	X				
438	Dana Valera Torres	18		X																									Asmet S	La aurora.	3209956305	X		Dana		
3320	Sarah Cardona	21		X																							X		Sura	Pereira	3057737325 6	X				
7651	Luisa Ramirez	27		X																									Nueva eps	Centro-Pereira	3226965338	Y				

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 23-03-2023

Yo, Jorge Albeiro Gutierrez mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 71214177 actuando en nombre la familia: Gutierrez Viera, de la vereda Cra 18 # 3-19; 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: Jorge Albeiro Gutierrez

Nombre de la persona que firma el consentimiento: 3148869450

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:
Sarah Cardona - Luisa F. Ramirez
Psicologa 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

Kenier

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		3	
	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	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 3 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	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	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 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			
	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	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	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		