Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

CARACTERIZACIÓN SOCIOAMBIENTAL POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

No.	Ítem de Caracterización	Respuestas
	INFORMACIÓN GENERAL	
1	MUNICIPIO	AGUADAS
2	Fecha registro	17/06/2025
3	Nombre del Profesional que realiza la caracterización	TATIANA HENAO GALLEGO
4	Numero de identificación	1055834028
5	Código del departamento	17
6	Código del Municipio	17013
7	Area geográfica	Cabercera municipal, Cabercera municipal
8	Tipo de Identificación cabeza de hogar:	CEDULA
9	Numero de identificación cabeza de hogar	42842888
10	Nombres y apellidos completos cabeza de hogar:	LILIANA LERMA
11	Teléfono de contacto cabeza de hogar:	3114872902
12	Fecha de nacimiento	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
13	Edad cabeza de hogar:	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
14	Sexo (Masculino, Femenino, Indeterminado)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
15	¿Cuantos miembros componen su familia? Colocar la información por cada miembro	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
15.1	Colocar la información por cada miembro del hogar: Nombres y Apellidos Completos, Tipo de identificación: Número de Identificación, Teléfono de contacto, Edad, Institución prestadora de Servicios de Salud, Sexo, Fecha de nacimiento)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
16	Institución Prestadora de Servicios de salud Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
17	¿Cómo calificaría el estado general de salud? (Muy Bueno, Bueno, Regular, Malo)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
18	¿Se encuentra caracterizado por la estrategia de equipos básicos municipal? (SI,NO)	NO
	EQUIPOS BASICOS	
19	Dirección de residencia	CARRERA 12 #09-10
20	Bajo-Bajo	BAJO
21	Tipo de vivienda (Casa, Casa Indígena, Carpa, Apartamento, Pieza/Cuarto en Inquilinato, Contenedor, Embarcación, Vagón, Refugio Natural,Cueva,Puente, Otro ¿Cuál _____?)	Casa
22	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda? (Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP), Agua embotellada o en bolsa, Acueducto veredal o comunitario, ,Pila pública, Carro tanque, Abasto con distribución comunitaria, Pozo con bomba, Pozo sin bomba-aljibe- jagüey o barreno, Laguna o jagüey, Río,-quebrada-manantial o nacimiennto, Aguas lluvias, Aguatero, Otro)	Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP)
23	Tipo de familia (Nuclear biparental, Nuclear monoparental, Extenso biparental, Extenso monoparental, Compuesto biparental, Compuesto monoparental,Unipersonal)	Nuclear monoparental
24	Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) (Normal (17-20 puntos), Disfunción leve (13-16 puntos), Disfunción moderada (10-12 puntos), Disfunción severa menor o igual 9 puntos)	Disfunción moderada (10-12 puntos)
25	Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) (Positivo, Tenue, Estresante, Fluye, Intenso)	Tenue
26	Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) (SI,NO)	NO

27	Familia con integrantes con antecedentes de Ca (Cáncer), HTA (Hipetensión Arterial), Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra. (SI,NO)	SI
28	Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. (SI,NO)	NO
29	Rol dentro de la familia (Jefe (a) de familia, Cónyuge, Hijo (a), Hermano (a), Padre o madre, Otro)	Jefe (a) de familia
30	Ocupación	Ama de Casa
31	Nivel Educativo (Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria, Media Académica o Clásica, Media Técnica (Bachillerato Técnico), Normalista, Técnica Profesional, Tecnólogica, Profesional, Especialización, Maestría, Doctorado, Ninguna)	Básica Primaria
32	Régimen de afiliación (Subsidiado, Contributivo, Especial, Excepción, No afiliado)	Subsidiado
33	EAPB	SALUD TOTAL
34	Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección. (Niñas, niños y adolescentes, Gestantes, Personas Adulta mayor, Personas con condición de discapacidad, Personas con orientación Sexual diversa, Víctimas de violencia, Ninguna)	Ninguna
35	Pertenencia étnica (Indígena, ROM (Gitanos), Raizal (San Andrés y Providencia), Palenquero de San Basilio de Palenque, Negro (a), Afrocolombiano, Ninguna).	Ninguna
36	Reconoce alguna discapacidad (Física, Auditiva, Visual Sordoceguera, Intelectual, Psicosocial (mental), Múltiple, Sin discapacidad)	Sin discapacidad
37	Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud: (Valoración Integral para PYMS ((Promoción y Mantenimiento de la Salud))___;Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS___;Promoción y apoyo a la lactancia materna____;Aplicación de flúor;Profilaxis y remoción de placa bacteriana____;Vacunación de acuerdo con el esquema____;Fortificación casera con micronutrientes en polvo ____;Suplementación con micronutrientes____;Desparasitación intestinal antihelmíntica_____;Tamizaje de anemia - Hemoglobina y hematocrito_____;Planificación familiar y anticoncepción____;Tamizaje de riesgo cardiovascular_____;Tamizaje de ITS (infecciones de transmisión sexual)____;Tamizaje de cáncer de cuello uterino_____;Tamizaje de cáncer de mama_____;Tamizaje de cáncer de próstata_____;Atención para el cuidado prenatal - Controles prenatales_____;Preparación para la maternidad y paternidad_____;Interrupción voluntaria del embarazo_____;Atención del puerperio_____;Atención para el seguimiento del recién nacido_____Educación para la Salud_____;Ninguna)	Valoración Integral para PYMS, Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS, Desparasitación intestinal antihelmíntica, Tamizaje de riesgo cardiovascular, Tamizaje de ITS, Tamizaje de cáncer de cuello uterino, Tamizaje de cáncer de mama
38	Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud. (Si en la pregunta anterior no se marcó ninguna opción, continuar en la pregunta 39) (Lugar de atención lejana, cerrada o ausencia del profesional de la salud, Horarios de atención restringidos, Largos tiempos de espera, No había disponibilidad de la tecnología, Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE, Persona enferma, Persona hospitalizada, Orden médico por enfermedad, Falta de tiempo del cuidador, Rechazo de la atención por tradición o cultura, No afiliado).	Falta de tiempo del cuidador, Falta de tiempo del cuidador, Falta de tiempo del cuidador
	INFORMACIÓN VÍCTIMAS	
39	¿Son sujetos de reparación colectiva? (SI, NO)	NO
40	Si aplica referenciar procesos de reparación previos: retornos, reubicaciones, restitución de tierras, otros.	No
41	¿Pertenece a Órdenes y sentencias judiciales / administrativas o 9 Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos? (SI, NO)	NO
42	¿Se encuentra registrados en el RUV? Registrar información en la Hoja "Información miembros del Hogar por cada integrante y al frente solo marcar si o no o no aplica) (SI, NO, NO APLICA)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
43	Describa los Hechos víctimizantes de cada uno de los integrantes del hogar a los que les aplique (Amenazas, Atentados terroristas, Desplazamiento forzado, Desaparición forzada, Homicidio, Lesiones personales físicas, Lesiones personales psicológicas, Minas antipersona, Secuestro, Tortura; Si es otro hecho victimizante, colocar en esta columna ¿Cuál?_____).	Desplazamiento forzado
44	¿Los integrantes del hogar tienen acceso a atención médica regular? (SI, NO, A VECES)	SI
45	En caso de ser negativa o a veces, indagar los motivos y cuáles son las barreras	

46	¿Ha recibido la atención médica por la IPS para los integrantes del hogar en los últimos 6 meses? Registrar información en la Hoja **"Información miembros del Hogar"** por cada integrante y al frente solo marcar (ENTRE 1 A 6 VECES, MÁS DE 7 VECES)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"

47	¿A causa del hecho victimizante algún miembro del hogar sufrió una afectación física que requiere de tratamiento médico? Registrar información en la **"Hoja Información miembros del Hogar** " por cada integrante y al frente solo marcar (SI, NO)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
48	¿Ha recibido atención médica por las afectaciones física causadas por el hecho victimizante? (SI, NO, NO APLICA)	NO
49	¿Consideran que los servicios de salud a los que tiene acceso son suficientes para cubrir sus necesidades? (SI, NO)	SI
50	¿En el hogar tienen acceso a servicios de salud mental? (SI, NO, A VECES)	A VECES
51	¿Qué tan satisfecho está con la calidad de los servicios de salud que recibe? Nota: Si la respuesta es poco o nada, indagar los motivos. (MUCHO, POCO, NADA)	MUCHO
52	En el último año ¿Cuáles de los siguientes servicios de salud ha utilizado a través de su IPS o EPS? (Marque con una X todas las opciones que corresponda) por cada uno de los integrantes. ☐ Consulta prioritaria ☐ Consulta de medicina general ☐ Consulta por Enfermeria ☐ Consulta por Trabajo Social ☐ Consulta por Psicologia ☐ Otras consultas de medicina especializada ☐ (cardiologia, dermatologia, neurologia, urologia, oncologia,endocrinologia, otros) ☐ Exámenes de laboratorio ☐ Imágenes o procedimientos diagnósticos ☐ Citas a los programas de promoción de salud y detección temprana como: salud visual, salud mental, crónicos, vacunación, control prenatal, planificación familiar entre otros ☐ Urgencias y hospitalización ☐ Atención domiciliaria ☐ Salud Oral ☐ Nutrición	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
53	¿A qué Servicios de salud solicitados no logró acceder en el último año? Indagar motivos.	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
54	¿Cómo describirías el tipo de relaciones que predominan en el hogar? (FAMILIA UNIDA, INDEPENDIENTE, CONFLICTIVA, AFECTUOSA, PRÁCTICAS Y CRENCIAS, OTRA Cuál _____).	FAMILIA UNIDA
55	¿Existen red de apoyo que el hogar pueda utilizar para el acompañamiento en salud? (SI, NO, A VECES)	NO
56	¿Cómo ha cambiado en la dinámica familiar los eventos traumáticos sufridos por el Conflicto Armado? Y si estos situaciones actualmente le están afectando su salud física, emocional o psicosocial a los miembros del hogar?	SI, EMOCIONAL PERO HA MEJORADO.
57	¿En el hogar los miembros o algún miembro ha recibido información o capacitación sobre la importancia de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud? (SI,NO)	NO
58	¿En el hogar tienen conocimiento de la ruta integral de atención en salud con enfoque psicosocial para la población víctimas? (SI,NO)	SI
59	En caso de ser positiva reforzar con la RIAS o si la respuesta es negativa realizar la intervención en que consiste el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial (SE APLICA, NO SE APLICA)	NO SE APLICA
60	¿La familia ha participado de servicios de salud móvil o brigadas de salud en el últmo año? (SI,NO) Si es positiva la respuesta describir a cuáles. BRIGADAS DE VACUNACION	SI
61	¿ De la IPS se han comunicado con los integrantes o algún integrante para ofertar las estrategias por demanda inducida que garanticen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección tempra y la atención de las enfermedades de interés en salud? (SI,NO)	NO
62	¿Algún miembro del hogar participa en programas comunitarios o de apoyo psicológico? Registrar la información en la Hoja **"Información miembros del Hogar"** (SI,NO)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
63	¿Ha recibido atención psicosocial por el PAPSIVI? (SI, NO). Registrar la información en la Hoja "**Información Miembros del hogar**".	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
63.1	Si la respuesta fue positiva, indicar el Tipo de atención (INDIVIDUAL___, FAMILIAR___, COMUNITARIO____, GRUPAL___)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
64	¿Hay algún miembro del hogar víctima del conflicto armado que tenga una condición de salud crónica o discapacidad? Registrar la información en la Hoja **"Información miembros del Hogar"** (SI, NO)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"

65	¿Se realiza seguimiento adecuado a las enfermedades crónicas o necesidades específicas? (SI, NO)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
66	¿En el hogar se encuentran personas con discapacidad? (SI, NO)	NO

67	¿Cuenta con certificado de discapacidad? (SI, NO, EN PROCESO)	NO
68	¿Quién se encarga del cuidado de los miembros con enfermedades crónicas o discapacidades dentro del hogar? Si aplica	NO APLICA
69	¿Algún miembro del hogar sufre de enfermedad de salud mental o trastornos emocionales (estrés, ansiedad, depresión)? Registrar la información en la Hoja "Información miembros del Hogar" (SI, NO)	Agregar la información en la Hoja "Información miembros del hogar"
70	¿Existen barreras que dificulten el acceso a los servicios de salud (por ejemplo, falta de transporte, costo, falta de información, barreras económicas, geográficas o culturales)? Si marca SI colocar ¿Cúales? (SI,NO) ¿Cúales?	falta de trasporte, barreras economicas
71	¿Consideran que cuentan con presencia actual de actores armados en el municipio? (SI,NO)	NO
72	¿Existen Iniciativas de paz, reconciliación, reparación en el territorio? (SI,NO) ¿Cúales? Si marca SI colocar ¿Cúales?	NO
73	¿Conoce Usted los derechos en salud como víctima del Conflicto Armado? (SI,NO) Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles? SERVICIOS DE SALUD	SI
74	¿Cuál es el ingreso promedio del hogar?	400.000
75	¿Qué necesidades considera que el hogar requiere de acuerdo con las competencias de las siguientes entidades del SNARIV?	Secretaria de Educación_____¿Cuál? Registraduría_____ ¿Cuál? Secretaria de Deporte____¿Cuál? Secretaria de Innovación y Desarrollo___ ¿Cuál? SENA____¿Cuál? ICBF____¿Cuál? Secretaria de Gobierno____¿Cuál? UARIV_____¿Cuál? Secretaria de Cultura____¿Cuál? Prosperidad Social ___X_¿Cuál? RENTA CIUDADANA Otra____Entidad_ ¿Cuál? NINGUNO

*** Al firmar doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional, igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.**

_____

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma:_____

_____

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella_____

	¿Cuál?

* Al firmar doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional, igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

TATIANA HENAO GALLEGO
Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma:

Liliana Lerma
Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella Liliana Potencio V

