

MARTHA GIRON

Referente Comité de Discapacidad Municipal
Sahagún Córdoba

ASUNTO: Articular con al comité en las actividades incluidas en el plan decenal de salud pública en el departamento de córdoba en el municipio de Sahagún que nacen del contrato interadministrativo N°SS-007-2025 entre la Gobernación de Córdoba y la E.S.E Camú San Rafael.

Cordial Saludo,

La Resolución 295 de 2023, dictada por el Ministerio de Salud y Protección Social, modificó la gestión de la salud pública en Colombia, especialmente en lo que concierne a los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC). La resolución busca mejorar la implementación del Plan de Salud Pública y la Atención Primaria en Salud, adaptando las acciones a las necesidades territoriales. El Plan de Intervenciones Colectivas es un plan de salud pública que busca la promoción de la salud y la gestión del riesgo en la comunidad, a través de estrategias de información, educación y comunicación. El objetivo es realizar es realizar una cartografía social de territorio urbano donde se especifique las barreras y los facilitadores que inciden en el desempeño y participación de las personas con discapacidad, sensibilización sobre discapacidad y enfoques de derecho. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comité a la actividad en mención, que se realizará.

DÍA: 2 Agosto

LUGAR: Barrio Simón Bolívar finalización calle pavimentada

HORA: 4:30 pm

Esperamos su asistencia y participación

Cordialmente,

Profesional responsable
C.C. 30 572 409

31/07/2025
4:12 pm

	ACTA DE CONCERTACIÓN		
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025		

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 31 del mes Julio del año 2025 se reunieron Claudia Barón Montañ representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL Ema Iuz Buelvaz y Junta acción Comunal B. Simon B. de la zona Urbanadel municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-007-2025 celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Cartografía Social
Eje/Dimensión	Eje 2: Pueblos Comunidades Etnicas Población Campesina, género, diversidades
Fecha propuesta	02/08/2025
Necesidad de apoyo logístico	Rotafolios (categorías de discapacidad) Rotafolios de las Convenciones - Pendón Croquis - stickers
Necesidad de talento humano	Psicóloga
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	<u>Claudia Barón M</u>	Nombre:	<u>Ema Iuz Buelvaz</u>
Cedula de ciudadanía:	<u>30 572 409</u>	Cedula de ciudadanía:	<u>30 568 338</u>
Entidad:	<u>E.S.E Camu</u>	Entidad:	<u>Junta acción Comunal Barrio Simon Bolivar</u>
Numero de contacto	<u>304 376 91 42</u>	Numero de contacto	<u>312 646 8559</u>
Firma:	<u>Claudia Barón</u>	Firma:	<u>Ema Iuz Buelvaz</u>



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: Barrio Simon Bolivar	Hora de Inicio: 8:00am
Fecha: 02/08/2015	Hora de Finalización: 12:00pm
Objetivo(s) de la Reunión Promover el enfoque de derechos para las personas con discapacidad, garantizando su plena participación inclusión en la Sociedad, esto implica reconocer y respetar sus derechos humanos, y trabajar para eliminar las barreras que limitan su acceso a oportunidades y servicios.	
Desarrollo de la Reunión El objetivo es sensibilizar a la Comunidad sobre la discapacidad, enfoque de derechos, promoviendo la inclusión y participación de las personas con discapacidad, en la Sociedad esto implica reconocer y respetar sus derechos y trabajar para eliminar las barreras que limitan su acceso y oportunidad de servicios.	
Conclusiones La Discapacidad es una cuestión de derechos humanos que requiere un enfoque basado en la dignidad e igualdad de oportunidades, donde el enfoque de derechos busca proteger sus derechos en la inclusión y participación en la sociedad.	
Recomendaciones Promover conciencia y la educación sobre la discapacidad y el enfoque de derechos, sobre la inclusión participación activa de las personas con discapacidad en la sociedad, eliminando las barreras físicas, actitudinales que limitan la inclusión y sus derechos.	
Responsables de la Actividad Psicóloga Efraim Barón H.	

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: 2 PUEBLO Y COMUNIDADES ETNICAS, POBLACION CAMPESINA, DIVERSIDADES, CONDICIONES Y SITUACIONES.

Lugar:	Barrio Simón Bolívar
Fecha:	02/08/2025
Personas Intervenidas:	#20

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.











EJE: Pueblo y Comunidades Étnicas, Población Campesina, Género Diversidades, Condición y Situaciones

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Cartografía Social

DIA:	02	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Barrio Simon Bolivar	ZONA:	Urbana																
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN							SGSSS			LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA		
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL		SI	NO
1	AIDA Torres Aguesta	ce	29623 155	310 528 31011	63u	M	F								x	x				x					Pro Tomas Placer
2	Nora Diosa Aguesta	ce.	30.376 203	322507 5813	53u	M	F								x	x				x					Nora Viloria
3	MARIA MADERA PATERUWA	ce	1.164 426.584	311 493 41095	34u	M	F								x	x				x					Maria Madera
4	YOLANDA ROSA BERRES. MURGAEL	ce.	1.064 475.361	317388 34773	50u	M	F								x	x				x					
5	Beatriz ESPINOZA ARRELETA	ce.	30.568 409	323540 9856	57	M	F								x	x				x					Beatriz
6	José Carlos JARA TORRES	ce	26.035 388	301456 8643	63u	M	F								x	x				x					José Carlos Jara
7	José María PATERUWA	ce	30.524 158	311495 4095	55u	M	F								x	x				x					José María
8	José María BOLIVAR	ce	1.064 479.190	301458 3706	59u	M	F								x	x				x					José María
9	Ena Luz BOLIVAR DIAZ	ce	30.568 588	312646 8559	57u	M	F								x	x				x					Ena Luz B
10	Yolanda MADERA HERNANDEZ	ce	1.073 936.602	320446 6061	27u	M	F								x	x				x					Yolanda

EJE: Pueblo y Comunidades Etnicas, Población Campesina, Género, Diversidades, Condiciones y Situaciones
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Cartografía Social

DIA:	02	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Barrio Simon Bolivar	ZONA:	Urbana																
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN							SGSSS			LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA		
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL		SI	NO
1	MARCELA CASTILLO RODRIGUEZ	CE	26.072 574	324304 0195	60a	M	F								X								X		Marlenis Castillo
2	LINDA MARGARITA ESPINOZA	CE	30.565 228	314569 0175	63a	M	F								X	X			X				+		Linda Espinoza
3	BLANCA ISABEL DE LA ROSA	CE	30.565 953	313698 6065	70a	M	F								X	X			X				X		Blanca de la Rosa
4	ELVIRA BEATRIZ ACOSTA	CE	30.565 228	314569 0175	63a	M	F								X	X			X				+		Elvira Acosta
5	SHARLEY NEUBA RICARDO	CE	1.003 500401	304347 8690	31a	M	F								X	X			X				X		Sharley Ricardo
6	SRI SANTIAGO AREVALO	CE	25.897 364	320301 2271	60a	M	F								X	X			X				+		Sri Santiago
7	ARACELIS DEREBA DE LA CRUZ	CE	30561 629	300918 7341	68a	M	F								X	X			X				X		Aracelis Dereba
8	YACELIS AVALOS MOSQUERA	CE	1.067 908831	300272 4605	40a	M	F								X	X			X				+		Yacelis Avalos
9	MARISOL MADERA PATERMINA	CE	1069471 704	300556 4029	37	M	F								X	X			X				+		Marisol Madera
10	JOSÉ DAISY DIAZ	CE	1.067 426894	301901 4532	18a	M	F								X	X			X				+		Josely Mary

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Lina Luz Buelvar Díaz, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30568338, en Representación del Junta acción Comunal certifico que Claudia Barón M realizó jornada de sensibilización en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 02 días del mes de Agosto de 2025

FIRMA: Lina Luz Buelvar
CEDULA DE CIUDADANÍA: 30568338
CELULAR: 3126468559



TALLER SOBRE ACCIONES **FAVORABLES PARA LA SALUD** **MENTAL DEL CUIDADOR**





ZONA URBANA





GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA



2213

JORNADA 1



Gobernación de Córdoba, NIT. 800101955-6
Palacio de la Fe, Calle 27 No. 5 - 28 Montería, Córdoba
PBX. + (57) 4 784 8940 - 018000 400 357
culta@tendenciascordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co



ACTA DE CONCERTACIÓN

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
N° SS-007-2025Plan de Inversión Social
Córdoba, 2025

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 25 del mes Junio del año 2025 se reunieron Claudia Barrón Montt representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL y Gra Luz Buelva representante de Junta acción Comunal de la zona Urbana del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-007-2025 celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Taller acciones favorables para la Salud Mental del Ciudadano
Eje/Dimensión	2 Eje: Pueblo y Comunidades étnicas, Población Campesina, género, diversidades, Condiciones y situaciones.
Fecha propuesta	28 junio - 2025
Necesidad de apoyo logístico	Cartillas Rotafolios Instrumento de Valoración (Fotocopias, bolígrafos, arcilla).
Necesidad de talento humano	Psicóloga
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	<u>Claudia Barrón Montt</u>	Nombre:	<u>Gra Luz Buelva</u>
Cédula de ciudadanía:	<u>30.572.1109</u>	Cédula de ciudadanía:	<u>30.568.338</u>
Entidad:	<u>E.S.E Camu</u>	Entidad:	<u>Junta acción Comunal</u>
Número de contacto:	<u>304 376 7142</u>	Número de contacto:	<u>3126468559</u>
Firma:	<u>Claudia Barrón Montt</u>	Firma:	<u>Gra Luz Buelva</u>



MARTHA GIRON

Referente Comité de Discapacidad Municipal
Sahagún Córdoba

ASUNTO: Articular con al comité en las actividades incluidas en el plan decenal de salud pública en el departamento de Córdoba en el municipio de Sahagún que nacen del contrato interadministrativo N°SS-007-2025 entre la Gobernación de Córdoba y la E.S.E Camú San Rafael.

Cordial Saludo,

La Resolución 295 de 2023, dictada por el Ministerio de Salud y Protección Social, modificó la gestión de la salud pública en Colombia, especialmente en lo que concierne a los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC). La resolución busca mejorar la implementación del Plan de Salud Pública y la Atención Primaria en Salud, adaptando las acciones a las necesidades territoriales. El Plan de Intervenciones Colectivas es un plan de salud pública que busca la promoción de la salud y la gestión del riesgo en la comunidad, a través de estrategias de información, educación y comunicación. El objetivo es realizar un taller con el fin de llevar a cabo una valoración emocional a los cuidadores y cuidadoras La actividad será real.ba por la psicóloga asignada a trabajar en la zona urbana del municipio de Sahagún Barrio Simón Bolívar. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comité a la actividad en mención, que se realizará.

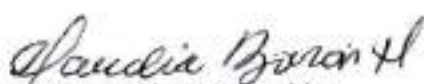
DÍA: 28/06/2025

LUGAR: Barrio Simón Bolívar finalización calle pavimentada

HORA: 4:30 pm

Esperamos su asistencia y participación

Cordialmente,


Profesional responsable
C.C.30 572 409

 Secretario de Gobierno
Alcaldía Municipal
Recibido:  Fecha: 24/06/25
Folio: 01 Hora: 4:39 pm

 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: <u>Barrio Simon Bolivar</u>	Hora de Inicio: <u>4:30 pm</u>
Fecha: <u>28/ Junio / 2025</u>	Hora de Finalización: <u>5:30 pm</u>
Objetivo(s) de la Reunión	
Sensibilizar la importancia sobre la Salud Mental del Ciudadano, reconociendo y validando la importancia de cuidar, proporcionando estrategias para que los Ciudadanos hagan uso de sus estrategias y herramientas desarrollando habilidades para manejar el estrés y la carga emocional.	
Desarrollo de la Reunión	
La Actividad se desarrolló con los Ciudadanos con personas con discapacidad, del barrio Simon Bolivar, fomentando en ellos la relación ayudando a los Ciudadanos a desarrollar habilidades para manejar la carga emocional y Física del Ciudadano. enseñándoles técnicas de autocuidado y manejo de estrés.	
Conclusiones	
El Autocuidado es esencial, los Ciudadanos deben cuidar su propio bienestar y salud Mental, implementar técnicas de relajación y de disfrute, ayudando a reducir la carga emocional.	
Recomendaciones	
Priorizar el autocuidado haciendo tiempo haciendo espacio para actividades que te gusten y ayudar a relajarte practicando las técnicas enseñadas de relajación y gestión de estrés.	
Responsables de la Actividad	
Psicóloga <u>Efraudía Barrón H</u>	

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: 2 PUEBLO Y COMUNIDADES ETNICAS, POBLACION CAMPESINA, GENERO DIVERSIDADES CONDICIONES Y SITUACIONES.

Lugar:	Barrio Simón Bolívar (la pavimentada)
Fecha:	28/06/2025
Personas Intervenidas:	#20

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.







EJE: 2. Pueblo y comunidades étnicas, población campesina, género diversidades culturales y situaciones
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Acciones favorables para la Salud Mental del Ciudadano

DÍA: 28 MES: Junio AÑO: 2025 UBICACIÓN: Bomio Simon Bolívar ZONA: Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN							SGSSS			LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL		SI	NO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
1	KAREO PASTA DIRECCION PASTERO	CC	1.069.473 497.	324440 1967	36a	M	F								X	X				X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		</

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: 2 Pueblo y Comoridades Etnicas, Población Campesina, género diversidades, Condiciones y Situaciones
 NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Acciones favorables para la Salud Mental del Ciudadano

DIA: 30		MES: 05		AÑO: 2025		UBICACIÓN: Barrio Simon Bolivar		ZONA: Urbana																	
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN							SGSSS			LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA		
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL		SI	NO
1	AIDA Torres DUESTA	CC	29.673 155	310528 2104	63a	M	F								X	X				X					AIDA Torres.
2	CAROLINA JAVIERA MORALES	CC	30.568 917	314560 6605	58a	M	F								X	X				X					Neofelina Jorda
3	JURIO ADONER BETIN.	CC	30.959 117	300569 3272	53a	M	F								X	X				X					Norris Alvarez
4	AMELY DECARIA CORCHU	CC	1.069. 1168.079	304657 4986	27a	M	F								X	X				X					Amyel Vegara
5	CLAUDIA SANCHEZ PERDOMO	CC	30.648 508	311764 7232	47a	M	F								X	X				X					elacu del sal
6	ANITA ACUERO TERRERA	CC	30.539 407	312673 2732	43	M	F								X	X				X					lina ACUERO
7	YOLANDA Pinedo	CC	1069465214	3013916514	21	M	F								X	X				X					luchys Ariza
8	YESSY JIMENEZ ACUERO	CC	1.003.503 566	320.520 4252	21a	M	F								X	X				X					Yessy Jimenez
9	DALENE PINEDA ACUERO	CC	1.069.468 630	304.382 8318	18a	M	F								X	X				X					DALENE PINEDA
10	DANIELA Ariza	CC	25290954	30141408	60		F								X	X				X					DANIELA A.



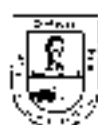
CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Era Luz Buelvar, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30.568.338, en Representación del Barrio Simón Bolívar junta acción C. certifico que Alaudia Durán H. realizó Taller Sobre Salud Mental en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 28 días del mes de Junio de 2025

FIRMA: Era Luz Buelvar
CEDULA DE CIUDADANÍA: 30.568.338
CELULAR: 3126468559



Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X				
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?						X			
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás...					X				
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					X				
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					X				
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una...						X			
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?							X		
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X				
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					X				
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					X				
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					X				
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					X				
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					X				
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera...					X				
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X				
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					X				
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					X				
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?							X		
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					X				
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					X				
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					X				
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					X				

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?									X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?								X	
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?						X			
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?						X			
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?							X		
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una	X								
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	X								
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?	X								
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?	X								
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	X								
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	X								
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	X								
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?	X								
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera	X								
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X								
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?	X								
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	X								
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	X								
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?	X								
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	X								
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	X								
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?	X								

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?			X		
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?			X		
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por el comportamiento de su familiar?		X			
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado cuando está cerca de su familiar?		X			
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?			X		
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?			X		
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?		X			
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?				X	
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?			X		
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?			X		
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?				X	
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?					X
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					X
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?				X	
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?			X		
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?		X			
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?				X	
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					X
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado al tener que cuidar a su familiar?					X

Instrumento para la valoración emocional del cuidador



Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?					
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?					
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					

Instrumento para la valoración emocional del cuidador



Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	/				
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?	/				
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?	/				
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?	/				
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?	/				
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una	/				
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	/				
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?	/				
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?	/				
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	/				
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	/				
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	/				
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?	/				
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera	/				
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	/				
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?	/				
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	/				
18. ¿Con qué frecuencia descartaría poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	/				
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?	/				
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	/				
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	/				
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?	/				



Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	☒				
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?	☒				
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?	☒				
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?	☒				
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?	☒				
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una	☒				
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	☒				
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?	☒				
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?	☒				
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	☒				
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	☒				
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	☒				
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?	☒				
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera	☒				
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	☒				
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?	☒				
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	☒				
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	☒				
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?	☒				
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	☒				
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	☒				
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?	☒				

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?				X	
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					X
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?				X	
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?			X		
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?			X		
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una			X		
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					X
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?				X	
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					X
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?			X		
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?			X		
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?		X			
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera			X		
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				X	
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?			X		
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?				X	
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?			X		
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?		X			
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?			X		
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?			X		
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					X

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					X
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?			+		
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?	X				
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?	X				
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?			X		
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?	X				
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?			X		
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	X				
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	X				
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?	X				
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?					X
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				X	
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?			X		
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	X				
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?			X		
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?				X	
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?				X	
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?		X			
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?	X				

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?									X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					X				
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					X				
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por el comportamiento de su familiar?					X				
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado cuando está cerca de su familiar?					X				
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?							X		
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?							X		
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X				
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?					X				
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					X				
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?						X			
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					X				
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?						X			
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?						X			
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?							X		
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					X				
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					X		X		
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?						X			
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?							X		
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?								X	
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?									X
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado al tener que cuidar a su familiar?					X				

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					X
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					X
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					X
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					X
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?					X
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					X
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					X
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					X
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					X
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					X
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					X
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?					X
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					X
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					X
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					X
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					X
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					X
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					X
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					X

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?									
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?									
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?									
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?									
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?									
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?									
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?									
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?									
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?									
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?									
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?									
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?									
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?									
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera									
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?									
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?									
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?									
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?									
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?									
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?									
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?									
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?									

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	X				
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?	X				
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?	X				
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?	X				
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?	X				
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	X				
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?	X				
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?	X				
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	X				
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	X				
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	X				
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?	X				
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera	X				
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X				
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?	X				
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	X				
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargarse el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?	X				
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	X				
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	X				
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?	X				

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					X
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					X
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?	X				
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una	X				
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?			X	X	
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?	X				
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?	X				
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?			X	X	
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?			X		
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	X	X			
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?	X	X			
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera	X				
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				X	
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?	X				
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	X				
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?	X				
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	X				
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?			X		
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?	X				



Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



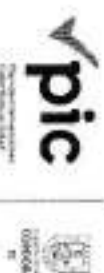
Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					X
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					X
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?			X		
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una				X	
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?				X	
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					X
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?				X	
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?				X	
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?			X		
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?			X		
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera				X	
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?			X		
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?		X			
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?			X		
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					X
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					X
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					X
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					X
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					X

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	X				
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?	X				
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?	X				
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?	X				
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?		X			
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una	X				
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	X				
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?	X				
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?		X			
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	X				
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	X				
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	X				
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?	X				
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera		X			
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X				
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?	X				
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	X				
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?	X				
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	X				
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	X				
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?		X			

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X				
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					X				
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					X				
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					X				
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?						X			
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una							X		
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					X				
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X				
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?							X		
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					X				
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					X				
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					X				
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?							X		
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera					X				
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?							X		
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					X				
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					X				
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					X				
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					X				
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					X				
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					X				
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					X				

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?				X	
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?	X				
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?	X				
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?	X				
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una		X			
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?		X			
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?	X				
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?	X				
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	X				
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	X				
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	X				
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?	X		7		
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera			X		
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X				
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?	X				
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	X				
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?	X				
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	X				
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	X				
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?	X				

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?	X				
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?	X				
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?	X	X			
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					X
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una		X			
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?		X			
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?	X				
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?	X				
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	X				
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	X				
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	X				
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?	X				
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera	X				
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X				
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?	X				
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	X				
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?	X				
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	X				
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	X				
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?	X				

Instrumento para la valoración emocional del cuidador



Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Proyecto de Investigación Científica



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					X
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					X
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					X
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					X
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?					X
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					X
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					X
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					X
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					X
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					X
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					X
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?					X
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					X
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					X
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					X
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					X
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					X

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?			X		
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?			X		
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?				X	
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?				X	
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?			X		
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					X
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?			X		
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?				X	
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?		X			
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?			X		
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?				X	
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?				X	
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?		X			
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?			X		
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?				X	
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?				X	
18. ¿Con qué frecuencia descarta poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?			X		X
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?				X	
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?		X			
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					X
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					X

Instrumento para la valoración emocional del cuidador



Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?			X		
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?			X	/	
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?			X	X	
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?				X	
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?		X			
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?				X	
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?			X		
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?		X			
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?			X		
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?			X		
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?		X			
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?			X		X
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?		X			
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?			X		
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?				X	
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?			X		
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?		X			
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					X
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					X



GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA



TALLER SOBRE ACCIONES FAVORABLES PARA LA SALUD MENTAL DEL CUIDADOR



Gobernación de Córdoba. NIT. 800103955-6
Palacio de Nela. Calle 27 No. 3 - 28 Montería, Córdoba
PBX. + (57) 4 784 8940 • 018000 400357
contacto@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co



ZONA RURAL



	ACTA DE CONCERTACIÓN	 Red de Intervenciones Colectivas en Salud	 GOBERNACIÓN CÓRDOBA
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025		

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 19 del mes Junio del año 2025 se reunieron Dolly L. Bula-Herazo representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL Martha Giron. y Comité de discapacidad. de la zona Rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-007-2025 celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Acciones favorables para la Salud Mental del ciudadano.
Eje/Dimensión	2. Pueblo y comunidades étnicas, Población campesina, género-Diversidades, Condiciones y situaciones
Fecha propuesta	21-Junio-2025.
Necesidad de apoyo logístico	Instrumento de valoración emocional, Incubadora, Carrilla y 11 clavos para mover y transportar personas con dependencia, Rotafolio, arcilla y bolígrafos.
Necesidad de talento humano	Psicóloga.
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	<u>Dolly L. Bula-Herazo</u>	Nombre:	<u>Martha Giron</u>
Cedula de ciudadanía:	<u>51749749</u>	Cedula de ciudadanía:	<u>30381105/s</u>
Entidad:	<u>E. S. E. Camu.</u>	Entidad:	<u>Secret. Gobierno/entidad discapacidad</u>
Numero de contacto:	<u>3002655018</u>	Numero de contacto:	<u>3122041577</u>
Firma:	<u>DLBH.</u>	Firma:	<u>[Firma]</u>



in, Junio 19 de 2025

HA GIRON

ate Comité de Discapacidad Municipal
n Córdoba

O: Articular con al comité en las actividades incluidas en el plan decenal de
ública en el departamento de córdoba en el municipio de Sahagún que nacen
trato interadministrativo N°SS-007-2025 entre la Gobernación de Córdoba y
E Camú San Rafael.

Saludo,

olución 295 de 2023, dictada por el Ministerio de Salud y Protección Social,
la gestión de la salud pública en Colombia, especialmente en lo que
ne a los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC). La resolución busca
la implementación del Plan de Salud Pública y la Atención Primaria en
adaptando las acciones a las necesidades territoriales. El Plan de
nciones Colectivas es un plan de salud pública que busca la promoción de la
la gestión del riesgo en la comunidad, a través de estrategias de información,
ón y comunicación. El objetivo es realizar un taller con el fin de llevar a cabo
pración emocional a los cuidadores y cuidadoras, La actividad será realizada
sicóloga asignada a trabajar en la zona rural de las Llanadas. Por tal motivo
demostramos la invitación a su comité a la actividad en mención, que se realizará

bado 21 de junio del 2025

t: Polideportivo las Llanadas

4:pm

mos su asistencia y participación

mente,

y Bula Herazo

sional responsable

51749749

*Rebo: 19/06/2025
4.00 pm.*

 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: Polideportivo las Llanadas	Hora de Inicio: 4:00 pm
Fecha: 21-06-2025	Hora de Finalización: 6:30 pm
Objetivo(s) de la Reunión	
Fortalecer la salud mental de los cuidadores a través de la participación activa y la conexión con la comunidad. Promover acciones favorables para la salud mental de los cuidadores, quienes suelen enfrentar desafíos emocionales y físicos al cuidar a personas con dependencia. Brindar herramientas y estrategias para mejorar la calidad de vida de los cuidadores y reducir el riesgo de problemas de salud mental	
Desarrollo de la Reunión	
El desarrollo de la actividad se estructura en fases que promuevan la reflexión, expresión creativa y el apoyo mutuo. Bienvenida y Presentación, Dinámica de Rompehielos: Actividad grupal para fomentar la confianza y la interacción., "La red de nombres". Explicación de la Importancia del Cuidado Propio: Resaltando que el autocuidado es fundamental para poder cuidar a otros. Presentación del Taller: Se presenta el rotafolio como herramienta de aprendizaje y apoyo visual, con las 11 claves para mover y transportar la persona con dependencia física, luego se les proporciona una cantidad grande de arcilla se les invita a los participantes a crear o construir una figura que represente quien es el o ella, libremente con la arcilla, sin juicios ni expectativas, permitiendo que la forma emerja de manera espontánea, un momento de reflexión al respecto guiados con preguntas sobre las emociones y experiencias expresadas en la arcilla: ¿Qué emociones o sensaciones le evocó este ejercicio?, ¿Qué forma o figura te gustaría resaltar?, ¿Qué te recuerda esta figura?. Pasamos al Instrumento de Valoración de la guía RBC: para identificar la presencia de factores que puedan afectar la salud mental de los cuidadores (estrés, aislamiento social, etc.). Para finalizar se hace una socialización y entrega de las Cartilla Claves para mover y transportar personas con dependencia física: Técnicas seguras y saludables para movilizar a personas con discapacidad. Dinámica de Cierre: Actividad que refuerce el sentido de comunidad y el compromiso con el autocuidado. Por ejemplo, "Una cualidad positiva del compañero (a)". Agradecimiento y Despedida: Expresar gratitud por la participación, animarlos para que sigan participando de las diferentes actividades y repliquen al resto de la comunidad	
Conclusiones	
Se anima la revalidación de las emociones, reconociendo que es normal experimentar frustración, tristeza o agotamiento en esta labor La importancia de priorizar la salud mental de los cuidadores para prevenir problemas de salud a largo plazo. La necesidad de implementar estrategias de cuidado y apoyo para los cuidadores. La importancia de la comunidad y la familia en el apoyo a los cuidadores.	
Recomendaciones	
Establecer prioridades y límites para mantener la salud física y emocional Identificar recursos y redes de apoyo para cuidadores, buscar ayuda Reconocer la importancia de cuidar de uno mismo para poder cuidar a otros de manera efectiva.	
Responsable de la Actividad Psicóloga Dolly Bula Herazo <i>[Signature]</i>	

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: 2. Pueblo y comunidades étnicas, población campesina, genero-diversidades, condiciones y situaciones

ACTIVIDAD: # 2 Acciones favorables para la salud mental del cuidador

Lugar:	Polideportivo las Llanadas
Fecha:	Junio-21-2025
Personas Intervenidas:	22 cuidadores

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Acciones favorables para la salud mental del cuidador.





Evidencia firma de certificación





FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025



EJE: 2. Pueblo y Comunidades étnicas, Población Campesina, género, diversidades, condiciones y situaciones
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Acciones favorables para la salud mental del Ciudadador

DIA: 21 MES: Junio AÑO: 2025 UBICACIÓN: Polideportivo Las llanadas ZONA: Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA			
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	HARP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI		NO		
1	Alberto Antonio Colon	CC	15047125	-0-	60	M	M									X	X				X						
2	José Pereira	CC	38763220	3103552	45	M	M									X	X	X			X						
3	Menelén Gómez	CC	1003408580	3007095524	F	F	F									X	X				X						
4	Luis Montiel Herrera	CC	64561581	3007910231	54	F	F									X	X				X						
5	Luis Carlos Ricardo Díaz	C.C	1069480438	3016272417	35	M	M									X		X			X						
6	Doddleidis Mejía	CC	30575608	3001712831	48	F	F									X	X				X			X			
7	Yenis Polo Pinto	CC	30579439	3128434087	44	F	F									X	X				X			X			
8	Mary Luz Castro	CC	64930783	3215279622	44	F	F									X	X				X			X			
9	Yennis Pacheco	CC	1069462058	3018101066	21	F	F									X	X				X			X			
10	Edgardo Vergara	CC	15045402	-0-	59	M	M									X	X				X			X			

EJE: 2. Pueblo y comunidades étnicas, Población campesina, gente. Diversidades, condiciones y situaciones
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Acciones favorables para la salud mental del Ciudadano.

DIA: 21		MES: Junio		AÑO: 2025		UBICACIÓN: Polideportivo las llanadas		ZONA: Rural																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN							SGSSS			LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL		SI	NO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
1	Olga Velasquez	CC	1001672404	3105592058	32	F	F								X	X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	</

Instrumento para la valoración emocional del cuidador



Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Proyecto de Investigación Científica



Ministerio de Salud

Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?				X	
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?			X		
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?			X		
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?			X		
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?			X		
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?			X		
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?			X		
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?			X		
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?			X		
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?			X		
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?				X	
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?			X		
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?			X		
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?			X		
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?				X	
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?				X	
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?				X	
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?				X	
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?				X	
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?		X			



USAID
U.S. AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT



Ministerio de Salud



Ministerio de Salud

Instrumento para la valoración emocional del cuidador



Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?									X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?								X	
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?								X	
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?							X		
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?								X	
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?								X	
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?								X	
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?								X	
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?								X	
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?								X	
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?						X			
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?						X			
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?						X			
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?							X		
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?							X		
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?							X		
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?							X		
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?							X		
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?							X		
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?							X		
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?							X		
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?							X		

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					X
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					X
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?			X		
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?			X		
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una			X		
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?			X		
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?				X	
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?				X	
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?				X	
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?			X		
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?			X		
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?				X	
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera				X	
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				X	
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?				X	
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?				X	
18. ¿Con qué frecuencia descarta poder encargarse el cuidado de su familiar a otra persona?				X	
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?				X	
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?				X	
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?				X	
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?				X	



Instrumento para la valoración emocional del cuidador



Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?									
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?									
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?									
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?									
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?									
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?									
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?									
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?									
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?									
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?									
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?									
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?									
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?									
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?									
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?									
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?									
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?									
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargarse el cuidado de su familiar a otra persona?									
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?									
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?									
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?									
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?									

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?									✓
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?									✓
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?									✓
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?									✓
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?									✓
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una									✓
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?									✓
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?									✓
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?									✓
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?									✓
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?									✓
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?									✓
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?									✓
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera									✓
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?									✓
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?									✓
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?									✓
18. ¿Con qué frecuencia descarta poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?									✓
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?									✓
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?									✓
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?									✓
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?									✓

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una					
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera					
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?				X	
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?				X	
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?				X	
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?				X	
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?				X	
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una				X	
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?				X	
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?				X	
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?				X	
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?				X	
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?				X	
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?				X	
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?				X	
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera				X	
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				X	
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?				X	
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?				X	
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?				X	
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?				X	
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?				X	
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?				X	
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?				X	

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas

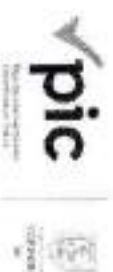
	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					✓
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted					✓
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás					✓
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					✓
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					✓
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una					✓
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					✓
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					✓
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					✓
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					✓
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					✓
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					✓
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					✓
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera					✓
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					✓
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					✓
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					✓
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					✓
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					✓
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					✓
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					✓
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					✓

Instrumento para la valoración emocional del cuidador



Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una					
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera					
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18. ¿Con qué frecuencia descarta poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?									/
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?									/
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?								/	/
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?								/	/
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?								/	/
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?								/	/
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?								/	/
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?								/	/
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?								/	/
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?								/	/
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?								/	/
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?								/	/
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?								/	/
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?								/	/
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?								/	/
16. ¿Con qué frecuencia siente que no se a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?								/	/
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?								/	/
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?								/	/
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?								/	/
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?								/	/
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?								/	/
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?								/	/

Instrumento para la valoración emocional del cuidador



Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?									✓
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?									✓
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás...									✓
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?									✓
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?									✓
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una...									✓
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?									✓
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?									✓
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?									✓
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?									✓
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?									✓
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?									✓
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?									✓
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera...									✓
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?									✓
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?									✓
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?									✓
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?									✓
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?									✓
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?									✓
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?									✓
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?									✓

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



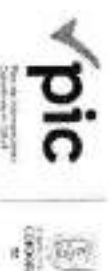
Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?					
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?					
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una					
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera					
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					



Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas					1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?									✓
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?									✓
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?									✓
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?									✓
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?									✓
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?									✓
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?									✓
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?									✓
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?									✓
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?									✓
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?									✓
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?									✓
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?									✓
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera									✓
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?									✓
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?									✓
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?									✓
18. ¿Con qué frecuencia descarta poder encargarse el cuidado de su familiar a otra persona?									✓
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?									✓
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?									✓
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?									✓
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?									✓





Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas										1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?										✓				
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?											✓			
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?											✓			
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?											✓			
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?											✓			
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?											✓			
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?											✓			
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?											✓			
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?											✓			
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?											✓			
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?											✓			
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?											✓			
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?											✓			
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?											✓			
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?											✓			
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?											✓			
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?											✓			
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?											✓			
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?											✓			
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?											✓			
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?											✓			
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?											✓			

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					✓
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					✓
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					✓
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					✓
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					✓
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una					✓
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					✓
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					✓
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					✓
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					✓
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					✓
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					✓
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					✓
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera					✓
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					✓
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					✓
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					✓
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					✓
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					✓
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					✓
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					✓
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					✓

4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/o por el comportamiento de su familiar?					X			
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/o cuando está cerca de su familiar?					X			
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una					X			
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					X			
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					X			
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/o cuando tiene que estar junto a su familiar?					X			
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					X			
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					X			
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					X			
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/o por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?							X	
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera							X	
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?							X	
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					X			
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					X			
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					X			
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?							X	
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					X			
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					X			
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					X			



USAID
U.S. AID
U.S. DEPARTMENT OF STATE



Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por el comportamiento de su familiar?					
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una?					
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera?					
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado al tener que cuidar a su familiar?					

Instrumento para la valoración emocional del cuidador

Después de leer cada frase, escribe con qué frecuencia te sientes de esa manera.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentement	Casi siempre



Preguntas

	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					✓
2. ¿Con qué frecuencia siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?					✓
3. ¿Con qué frecuencia se siente estresado/a por cuidar a su familiar y, al mismo tiempo, tener que atender sus demás?					✓
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?					✓
5. ¿Con qué frecuencia se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?					✓
6. ¿Con qué frecuencia cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una					✓
7. ¿Con qué frecuencia siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					✓
8. ¿Con qué frecuencia siente que su familiar depende de usted?					✓
9. ¿Con qué frecuencia se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?					✓
10. ¿Con qué frecuencia siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					✓
11. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					✓
12. ¿Con qué frecuencia cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					✓
13. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?					✓
14. ¿Con qué frecuencia cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera					✓
15. ¿Con qué frecuencia cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					✓
16. ¿Con qué frecuencia siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					✓
17. ¿Con qué frecuencia siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					✓
18. ¿Con qué frecuencia desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					✓
19. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?					✓
20. ¿Con qué frecuencia siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					✓
21. ¿Con qué frecuencia cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					✓
22. En general, ¿Con qué frecuencia se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?					✓

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Luis Carlos Brando elías, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069480938, en Representación del IPC,
certifico que Dolly L. Bula Herazo realizó Taller Acciones favorables S.M. Ciudadano
en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la
actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 21 días del mes de
junio de 2025

FIRMA: 
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1069480938
CELULAR: 3016272917



EJE 3. CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA





GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA



JORNADA CASA A CASA SOBRE
ESTRATEGIAS, INFORMACIÓN,
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN DE
PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE
LA SALUD DE ENFERMEDAD DE
CHAGAS



Gobernación de Córdoba, NIT. 800603915-6
Palacio de Roldán, Calle 27 No. 3 - 28 Montería, Córdoba
PBX. + (57) 4 764 6940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernacion@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co



ZONA RURAL





GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA



JORNADA 1



Gobernación de Córdoba. NIT. 800105910-6
Palacio de la In. Calle 27 No. 3 - 28 Montería, Córdoba
PBX: + 571 4 364.8040 - 01 8000 400 357
cordobafes@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

	ACTA DE CONCERTACIÓN		
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025		

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 24 del mes MAYO del año 2025 se reunieron JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL de SAHAGUN CORDOBA y LUIS MIGUEL ESTRADA LORA representante de Junta Acción Comunal de la zona RURAL del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-007-2025 celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

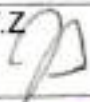
Actividad propuesta	Realizar jornadas de educación casa a casa en todo el territorio de las parroquias explicando la enfermedad de otras
Eje/Dimensión	Educar a la población en general sobre las medidas de prevención y control de la enfermedad de otras
Fecha propuesta	Se realizaron visitas casa a casa a partir del 26 MAYO - Hasta el 3 de JUNIO del 2025 en toda la zona.
Necesidad de apoyo logístico	Perdon y Afiche dejado en cada casa para que se comparta la información con los demás miembros.
Necesidad de talento humano	Contaremos con un Auxiliar para la toma de datos y evidencia fotográfica
Observaciones	Presentarnos siempre con uniforme carnet del camu san Rafael

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	<u>Luis Estrada</u>	Nombre:	<u>JUAN GABRIEL ACEVEDO</u>
Cedula de ciudadanía:	<u>1.069.478.358</u>	Cedula de ciudadanía:	<u>10820411</u>
Entidad:	<u>JAC</u>	Entidad:	<u>E.S.E CAMU</u>
Numero de contacto:	<u>3114293442</u>	Numero de contacto:	<u>3014072195</u>
Firma:	<u>[Firma]</u>	Firma:	<u>[Firma]</u>



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 7:30 AM
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 7:55 AM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS. SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z. 	

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DÍA: 26		MES: MAYO		AÑO: 2025		UBICACIÓN:		LAS LLANADAS										ZONA: RURAL						
No.	NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GÉNERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS		LABORA		MATERIAL DE APOYO		FIRMA	
			TIPO	NÚMERO					GESTANTE	NRP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACION GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	SI		NO
1	Karen Margarita Angulo Ricardo		C.C	1069477681	3003086113	39	F									X	X			X		X		Karen Angulo
2	Sobeida Ignacia Ricardo Angulo		C.C	30.562702	3003086113	67	F									X	X			X		X		Sobeida R.
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								

#1

2278

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Karen M. Angulo R., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069477681 en Representación del Hogar de familia certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: Karen Angulo
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1069477681
CELULAR: 300 3086113.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Karen margarita Angulo Ricardo Sobeida Ignacia Ricardo de Angulo

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 7:55 AM
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 8:15 PM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Gil perez Rico., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30.576.571, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: Gil Perez.
CEDULA DE CIUDADANÍA: 30.576.571.
CELULAR: 301500 6718.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Gil Maria Pérez Rico

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.





GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

FORMATO

ACTA DE REUNIONES SALUD

PROCESO DE GESTIÓN DE

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: LAS LLANADAS

Hora de Inicio

Fecha: 26/05/2025

Hora de Final

Objetivo(s) de la Reunión

PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTO DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

Desarrollo de la Reunión

REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES DIRIGIR A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMAS ENFERMADAS ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLARLOS

Conclusiones

LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR EL NOMBRE DE CHINCHUCA. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD. LAS CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.

Recomendaciones

CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHUCA) MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INFESTACION SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CAMPO MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO FUERA EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OTROS QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.

Responsables de la Actividad

JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS
(TRIPANOSOMIASIS)

DIA:	26	MES:	MAYO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	LAS LLANADAS										ZONA:	RURAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
No.	NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS		LABORA		MATERIAL DE APOYO		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
			TIPO	NUMERO					GESTANTE	NRP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACION GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	SI		NO	SI	NO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
1	Omar Antonio Martinez Baquer		C.C.	15.043.846.	3006497374.	71 M.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Omar Antonio Martinez, identificado con la Cédula de Ciudadanía 15.043.846, en Representación del Hogar de familia certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del Hogar de familia garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de junio de 2025

FIRMA: Omar A. Martinez
CEDULA DE CIUDADANIA: 15.043.846
CELULAR: 3006497374

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Omar Antonio Martínez Baquero Alexander Martínez Pérez

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 8:45 AM
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 9:00 AM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMÁS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASÍ CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE-CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

2290

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Yair Díaz Gómez, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069471272, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: Yair Díaz
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1069471272
CELULAR: 310 353 6100

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Yair Díaz Gómez

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 9:00 AM
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 9:20 AM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.	
Conclusiones	
LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.	
Recomendaciones	
CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE:CONOCIMIENTO EN SALUD PUBLICA Y SOBERANIA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS
(TRIPANOSOMIASIS)

DIA:	26	MES:	MAYO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	LAS LLANADAS										ZONA:	RURAL										
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELEFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN										SGSSS	LABORA	MATERIAL DE APOYO	FIRMA							
		TIPO	NUMERO					ESTANTE	NAPP	INDIGENA	ROM	ESCAPIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	ASIDIADO	TRIBUTIVO					OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Mary del Rocio Cuadro, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26.075.389, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: Marys Cuadro
CEDULA DE CIUDADANÍA: 26.075.389
CELULAR: 3122384409

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Mari del rocio cuadro Vergara

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 9:25 AM
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 9:45 AM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACIÓN DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DÍA: 26		MES: MAYO		AÑO: 2025		UBICACIÓN:		LAS LLANADAS												ZONA:		RURAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
No.	NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GÉNERO	TIPO DE POBLACIÓN									SGSSS			LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
			TIPO	NÚMERO					GESTANTE	NRP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1	David Alberto Lara Torres.		C.C.	15.050.557.	3024275851.	55 M.										X	X			X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, David Alberto Lara, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 15-050.557, en Representación del Hogar de familia certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: David Lara
CEDULA DE CIUDADANÍA: 15-050.557
CELULAR: 3024275851

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

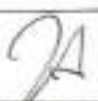
EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	David Alberto Lara torres

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 9:45
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 10. AM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z. 	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DIA:	26	MES:	MAYO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	LAS LLANADAS										ZONA:	RURAL							
							TIPO DE POBLACIÓN									SGSSS			LABORA		MATERIAL DE APOYO		FIRMA		
No.	NOMBRES Y APELLIDOS			IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GÉNERO	GESTANTE	NRP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO		SI	NO
			TIPO	NÚMERO																					
1	Marta Carolina Martínez Bello			CC	64202935	3145127546	40	F									X	X			X				Mercadina MZ
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, María Cordina M., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 64702935, en Representación del Hogar de Familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 26 días del mes de mayo de 2025

FIRMA: MCordina M7
CEDULA DE CIUDADANÍA: 64702935
CELULAR: 314 512 7546

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Maria carolina Martínez zapa

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 10:00 AM
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 10:20 AM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Luz Odalis Alegria, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1045.671-658, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: Luz Alegria
CEDULA DE CIUDADANIA: 1045.671 658
CELULAR: 321510 8641

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2023
Personas Intervenidas:	Luz Odalis Alegría Tovio

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 10:25
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 10:45
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.	
Conclusiones	
LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACIÓN DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.	
Recomendaciones	
CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

Samara Espigando Amor

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS
(TRIPANOSOMIASIS)

DIA:	26	MES:	MAYO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	LAS LLANADAS												ZONA:	RURAL			
							TIPO DE POBLACIÓN										SGSSS				LABORA		MATERIAL DE APOYO
No.	NOMBRES Y APELLIDOS			IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GÉNERO	GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	
1	Ana Centredis Rosario			C.C.	26.078 291.																		300 179 0365
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Ana Gertrudis Rosario identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26.075.291., en Representación del Hogar de familia certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: Ana Rosario
CEDULA DE CIUDADANÍA: 26.075.291
CELULAR: 300 179 0365.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA
EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2023
Personas Intervenidas:	Ana Gertrudis rosario

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 10:48 AM
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 11:00 AM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACIÓN DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	



FORMATO DE ASISTENCIA



CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025



E I E CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS
(TRIPANOSOMIASIS)

[illegible] $2\frac{3}{4}$

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Diana Paula Perez, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069480948, en Representación del Hogar de familia,
certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la
enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio,
garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO
de 2025

FIRMA: Diana Perez.
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1069480948.
CELULAR: 300 811 2399.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Diana Paola Pérez

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 11:05
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 11:20
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS. CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z 	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DIA: 26		MES: mayo	AÑO: 2025		UBICACIÓN:		LAS LLANADAS										ZONA:		RURAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
No.	NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN									SGSSS		LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
			TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	SI	NO	SI		NO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1	Alic Andrea Henríquez Angulo. C.C.		1003.501633.	3234893989.	31	F										X	X			X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Alix Andrea Mendoza, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1003501633, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: Alix Mendoza
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1003.501633
CELULAR: 3234893989

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

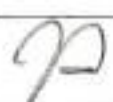
EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Alix Andrea Mendoza Angulo

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 11:25
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 11:45
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMÁS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z 	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DÍA:	26	MES:	mayo	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	LAS LLANADAS												ZONA:	RURAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
No.	NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GÉNERO	TIPO DE POBLACIÓN										SGSSS		LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
			TIPO	NÚMERO					GESTANTE	NRP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
1	Yarley Cervantes Vergara.		C.C.	1007413292	3013891560.	29 F.												X				X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													</

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Yarley Cervantes V., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1007417292, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: Yarley Cervantes.
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1007417292.
CELULAR: 3013891560.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Yarley cervante Vergara

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 11:45 AM.
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 12:00 PM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMÁS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASÍ CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DÍA: 26		MES: mayo		AÑO: 2025		UBICACIÓN:		LAS LLANADAS										ZONA:		RURAL		
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS		LABORA		MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NÚMERO					MAP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	
1	Alfonso José Hoyos Sanchez	C.C.	2.809 496.	324430 6452.	65 M.												X		X		Alfonso Hoyos	
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Alfonso José Hoyos, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 2.809.496, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de mayo de 2025

FIRMA: Alfonso Hoyos
CEDULA DE CIUDADANÍA: 2.809.496
CELULAR: 324 430.6452

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Alfonzo José Hoyos Sánchez

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 12:05
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 12:20
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z 	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DIA: 26		MES: mayo	AÑO: 2025		UBICACIÓN:		LAS LLANADAS										ZONA:		RURAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN									SGSSS			LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NAPP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
1	Jorge pacheco Alvarez	C.C.	15.037 472.	300436 9240.	72	M.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Jorge Pacheco Alvarez identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 15.037.472., en Representación del Hogar de Familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de Mayo de 2025

FIRMA: Pacheco Jorge.
 CEDULA DE CIUDADANÍA: 15.037.472.
 CELULAR: 3004369240.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Jorge pacheco alvarez

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 12:20
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 12:35
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.	
Conclusiones	
LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.	
Recomendaciones	
CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z 	

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DÍA: 26		MES: mayo	AÑO: 2025		UBICACIÓN:		LAS LLANADAS										ZONA: RURAL														
No.	NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN									SGSSS			LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA					
			TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACION GENERAL	SUBSIDADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	SI	NO	SI	NO						
1	Yeny Pacheco P. Pinto.		C.C.	1069462058.	3018101066.	21 F.										X	X												X		Yenis Pacheco
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Yenis Pacheco Pinto, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069462058, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo Pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: Yenis Pacheco
 CEDULA DE CIUDADANÍA: 1069462058
 CELULAR: 3018101066

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Yeny Pacheco Pinto

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 12:40 AM
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 1:10 PM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS. SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DIA: 26		MES: mayo	AÑO: 2025		UBICACIÓN:		LAS LLANADAS										ZONA: RURAL										
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA			
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACION GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	SI	NO	SI		NO		
1	Olga Cecilia Velasquez	C.C.	1001672409	3105592052	33 F.										X	X			X				X	NO			Olga Velasquez
2	Anabel Pereira Herra	C.C.	1069479473	3042146431	23 F.										X	X			X				X				Anabel Pereira
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Dlga Cecilia Velazquez, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1001672409, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de mayo de 2025

FIRMA: Dlga Velazquez
CEDULA DE CIUDADANIA: 1001672409
CELULAR: 3105592052

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

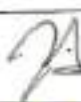
EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Ana vel Pereira Meza

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 1:15 PM
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 1:35 PM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z. 	

E.I.F. CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

17 2342

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Miriam Quiñonez Vergara identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30.562.318., en Representación del Hogar de familia.,
certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó capacitación sobre la
enfermedad de Chagas (trpanosomiasis) en un espacio público del municipio,
garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO
de 2025

FIRMA: Miriam Quiñonez
CEDULA DE CIUDADANÍA: 30.562.318.
CELULAR: 3002929298.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

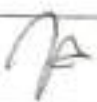
EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Miriam Quiñonez Vergara

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 1:35
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 1:45
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.	
Conclusiones	
LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.	
Recomendaciones	
CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z 	

[illegible]

2345
100

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Ligia M^a Salcedo A., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30.574 323., en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO de 2025

FIRMA: Ligia Salcedo
CEDULA DE CIUDADANÍA: 30.574 323.
CELULAR: 3007401431.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Ligia María Salcedo Ávila

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 1:50 PM
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 2:10 PM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD. ADEMÁS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS. SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	



FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025



www.hach.com
CÓRDOBA

Plan des Institut-Veranstaltungen
Collection des Statuts

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

2349
19

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Victor Manuel Causil R., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1104 405 223., en Representación del Hogar de familia.,
certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó capacitación sobre la
enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio,
garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de MAYO
de 2025

FIRMA: Victor Causil.
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1104 405. 223.
CELULAR: 300710 9857.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Víctor Manuel causil rodriguez

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 2:15
Fecha: 26/05/2025	Hora de Finalización: 2:30
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.	
Conclusiones	
LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.	
Recomendaciones	
CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z 	

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PUBLICA Y SOBERANIA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DIA:	26	MES:	mayo	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	LAS LLANADAS												ZONA:	RURAL							
No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN									SGSSS		LABORA			MATERIAL DE APOYO		FIRMA			
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	SI	NO	SI		NO		
1	Luz Marian Hernandez Arrieta	C.C.	1069478581	3012087788	58	F										X						X					Maria Arrieta
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Luz Afraim Hernandez identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069478581, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 26 días del mes de Mayo de 2025

FIRMA: Mus A. Vener
CEDULA DE CIUDADANIA: 1069478581
CELULAR: 301 208 7787

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	26/05/2025
Personas Intervenidas:	Luz Miriam Hernández Arrieta

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.





JORNADA 2



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 7:30 AM
Fecha: 27/05/2025	Hora de Finalización: 7:45 AM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADENAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Adriana C. Escobar, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1003408618, en Representación del jefe de Hogar, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de Mayo de 2025

FIRMA: Adriana Escobar
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1003408618
CELULAR: 314 671 9347



CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE:CONOCIMIENTO EN SALUD PUBLICA Y SOBERANIA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

7359

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27 / 05 / 2025.
Personas Intervenidas:	Adriana cristina escobar care

DESARROLLO DE LA ACTIVIDA



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 7:48 Am.
Fecha: 27/05/2025	Hora de Finalización: 7:60 Am.
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.	
Conclusiones	
LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.	
Recomendaciones	
CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Aldair Antonio Flores, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069481085, en Representación del jefe de Hogar, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de Mayo de 2025

FIRMA: Aldair Flores
CEDULA DE CIUDADANIA: 1069481085
CELULAR: 320 2559496

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27 / 05 / 2025
Personas Intervenidas:	Aldair Antonio Flórez Basilio

DESARROLLO DE LA ACTIVIDA



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 8:00 Am
Fecha: 27 / 05 / 2025	Hora de Finalización: 8:10 Am.
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	



Copying donations paid to donors

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2023

Plan de intervención
colectiva en salud

CORONA

EJECUCION EN SALUD PUBLICA Y SOBERANIA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

DIA:	23	MES:	MAYO	AÑO:	2025	UBICACION:	LAS LLANADAS	MATERIAL	
------	----	------	------	------	------	------------	--------------	----------	--

ZONIA:

RURAL

[illegible]

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Ana Jaelit Martínez, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1007415850, en Representación del jefe de Hogar,
certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la
enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio,
garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de
Mayo de 2025

FIRMA: Ana Martínez
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1007415850
CELULAR: 300 971 6860

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27 / 05 / 2025.
Personas Intervenidas:	Ana Judith Martínez care

DESARROLLO DE LA ACTIVIDA



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 8:15 AM
Fecha: 27/05/2025	Hora de Finalización: 8:25 AM
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO, EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	



Evaluations made for the subject

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025



EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Ana Caire Chavez, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30.573.895, en Representación del Jefe de Hogar,
certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la
enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio,
garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de
Mayo de 2025

FIRMA: Ana Martinez
CEDULA DE CIUDADANIA: 30.573.895
CELULAR: 300 971 68 60

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27 / 05 / 2025
Personas Intervenidas:	Ana porfiria care Chávez

DESARROLLO DE LA ACTIVIDA



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 8:30 AM
Fecha: 27/05/2025.	Hora de Finalización: 8:40 AM.
Objetivo(s) de la Reunión PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.	
Conclusiones LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.	
Recomendaciones CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.	
Responsables de la Actividad JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

E.I.F.-CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIpanosomiasis)

[illegible]

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Mario Fabra Cordero identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30.572.172, en Representación del Jefe de Hogar,
certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó capacitación sobre la
enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio,
garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de
Mayo de 2025

FIRMA: Mario Fabra
CEDULA DE CIUDADANIA: 30.572.172
CELULAR: 3106142069

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27/05/2025
Personas Intervenidas:	María fabra cordero

DESARROLLO DE LA ACTIVIDA



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 8:45 Am
Fecha: 27/05/2025.	Hora de Finalización: 8:55 Am
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Yurley Penate Fabra, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069494604, en Representación del Jefe de Hogar, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de Mayo de 2025

FIRMA: Yurley Penate Fabra
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1069494604.
CELULAR: 3106142069.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27 / 05 / 2025
Personas Intervenidas:	Yurley María peñate fabra

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.





GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

FORMATO

VERSIÓN: 02

ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA

FECHA: 15-08-2012

PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD

PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: LAS LLANADAS

Hora de Inicio: 8:58 Am

Fecha: 27/05/2025.

Hora de Finalización: 9:10 Am

Objetivo(s) de la Reunión

PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

Desarrollo de la Reunión

REALIZAR JORNADAS DE EDUCACIÓN CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.

Conclusiones

LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACIÓN DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.

Recomendaciones

CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.

Responsables de la Actividad

JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z

EJE:CONOCIMIENTO EN SALUD PUBLICA Y SOBERANIA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Ana Georgina Florez identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 64697944, en Representación del Jefe de Hogar, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de Mayo de 2025

FIRMA: ANA Florez
CEDULA DE CIUDADANIA: 64697944
CELULAR: 3145740173

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27 / 05 / 2025 .
Personas Intervenidas:	Ana Georgina florez

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 9:15 Am
Fecha: 27/05/2025	Hora de Finalización: 9:25 Am
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACIÓN CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMADAS ADEMÁS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DÍA:	27	MES:	MAYO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	LAS LLANADAS										ZONA:	RURAL						
							TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS				LABORA		MATERIAL DE APOYO			
No.	NOMBRES Y APELLIDOS			IDENTIFICACIÓN		EDAD	SEXO	GENERO	GESTANTE	NARP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	SI	NO	FIRMA
1	Marela del Camino C.E. Lopez Martinez			42.656	006	311716	54 F.									X	X							Marela Lopez Martinez
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Marelys Lopez M., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 42656006, en Representación del jefe de Hogar, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de Mayo de 2025

FIRMA: Marelys Lopez Martinez
CEDULA DE CIUDADANIA: 420563006
CELULAR: 311 716 40 45

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27 / 05 / 2025.
Personas Intervenidas:	Marelis del Carmen López Martínez

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 9 : 30 Am
Fecha: 27 / 05 / 2025	Hora de Finalización: 9 : 40 Am
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACIÓN BÁSICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN DE PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
REALIZAR JORNADAS DE EDUCACIÓN CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGÚN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRÁ A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARÁ DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGÍAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADemás LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACIÓN DE LOS INSECTOS Y ASÍ CONTROLAR LA ENFERMEDAD.	
Conclusiones	
LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACIÓN DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MÁS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.	
Recomendaciones	
CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

EJE-CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDA : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

[illegible]

2390

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Fidel Rodríguez Caré, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 640147, en Representación del Hogar de familia, certifico que Juan Gabriel Acevedo Pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (trpanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de Mayo de 2025

FIRMA: Fidel Caré
CEDULA DE CIUDADANÍA: 640147
CELULAR: 3004697055

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27 / 05 / 2025.
Personas Intervenidas:	Fidel rodriguez care

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.



 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: LAS LLANADAS	Hora de Inicio: 9:45 Am.
Fecha: 27/05/2025	Hora de Finalización: 9:55 Am
Objetivo(s) de la Reunión	
PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)	
Desarrollo de la Reunión	
<p>REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</p>	
Conclusiones	
<p>LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.</p>	
Recomendaciones	
<p>CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS. SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.</p>	
Responsables de la Actividad	
JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z	

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DÍA: 27		MES: mayo		AÑO: 2025		UBICACIÓN: LAS LLANADAS		ZONA: RURAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GÉNERO	TIPO DE POBLACIÓN										SGSSS		LABORA		MATERIAL DE APOYO		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		TIPO	NÚMERO					GESTANTE	NAP	INDIGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	SI	NO	SI		NO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
1	Nashy Contreras maceda.	C.C.	30.571 124.	300763 1707-	61	F												X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											</

ipsc

7394

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Nasly Contreras Macea, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30571124, en Representación del Hogar Familiar, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de Mayo de 2025

FIRMA: NAZM
CEDULA DE CIUDADANÍA: 30 571 124
CELULAR: 300 763 1707

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27 / 05 / 2025 .
Personas Intervenidas:	Nazly contreras macea

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.





GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

FORMATO

VERSIÓN: 02

ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA

FECHA: 15-08-2012

PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD

PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: LAS LLANADAS

Hora de Inicio: 9:59 Am

Fecha: 27/05/2025.

Hora de Finalización: 10:12 Am.

Objetivo(s) de la Reunión

PROMOVER EN LAS PERSONAS LA CAPACIDAD DE OBTENER, PROCESAR Y ENTENDER LA INFORMACION BASICA DE SALUD PÚBLICA, AFIANZAR CONOCIMIENTOS ATRAVEZ DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

Desarrollo de la Reunión

REALIZAR JORNADAS DE EDUCACION CASA A CASA EN LOS TERRITORIOS RURALES DEL MUNICIPIO DE SAHAGUN CORDOBA, VERREDA LAS LLANADAS Y SUS ALREDEDORES, DONDE SE DIRIGIRA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. SE LES EXPLICARA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS) Y SUS TRANSMISOR COMO LO ES EL INSECTO TRIATOMINOS CONOCIDO COMO EL PITO SUS SINTOMATOLOGIAS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD ADEMAS LOS MEDIOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO EN LOS HOGARES PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS INSECTOS Y ASI CONTROLAR LA ENFERMEDAD.

Conclusiones

LAS PERSONAS VISITADAS SE MOSTRARON MUY ATENTAS Y RECEPTIVAS A LA CAPACITACION DONDE CONTARON SUS EXPERIENCIAS CON EL INSECTO CONOCIDO POR ELLOS COMO EL PITO. EXISTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD POR FALTA DE CAPACITACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ZONAS ENDEMICAS.

Recomendaciones

CONTROL DE LOS INSECTOS TRIATOMINOS (VINCHUCAS O CHINCHES) MEDIANTE FUMIGACIÓN. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INSECTOS SEGUIR CAPACITANDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO LA DE LAS ZONAS RURALES. MANTENER LA VIVIENDA LIMPIA Y ORDENADA, TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, EVITANDO LA ACUMULACIÓN DE ROPA, PAPELES, LEÑA, CARTONES Y OBJETOS SIN USO QUE PUEDAN SERVIR DE REFUGIO A LOS INSECTOS.

Responsables de la Actividad

JUAN GABRIEL ACEVEDO PINTO M.V.Z

EJE: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD : PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS)

DÍA:	27	MES:	MAYO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	LAS LLANADAS													ZONA:	RURAL						
							TIPO DE POBLACIÓN										SGSSS					LABORA			MATERIAL DE APOYO		
No.	NOMBRES Y APELLIDOS			IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	GESTANTE	MADRE	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	FIRMA
1	Isabel Maria Mejia			C.C.	26.046.245	3016274834	74 F										X	X	X				X				- Isabel Mejia
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Isabel Maria Mejia, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26.046.245., en Representación del Hogar familiar, certifico que Juan Gabriel Acevedo pinto realizó, capacitación sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 27 días del mes de Mayo de 2025

FIRMA: Isabel Mejia
CEDULA DE CIUDADANÍA: 26.046.245.
CELULAR: 3016274834

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria

Lugar:	LAS LLANADAS
Fecha:	27 /05 /2025.
Personas Intervenidas:	Isabel María Mejía

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

