	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

3/30

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Sí)** *a* ***1*** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

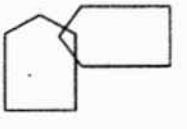
[1] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC995843|

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	5/5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	1
			2. Mes	1
			3. Día	1
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	1
			5. Hora	1
2.	5/5	Diga en qué	6. País **Estamos**	1
			7. Ciudad	1
			8. Departamento	1
			9. Sitio o lugar	1
			10. Piso/barrio/vereda	1
No.	**Puntaje acumulado**	**MEMORIA**		**Puntuación**
3.	3/3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: 1		3
No.	**Puntaje acumulado**	**ATENCIÓN Y CÁLCULO**		**Puntuación**
4.	5/5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65**. En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**		5
No.	**Puntaje acumulado**	**EVOCACIÓN**		**Puntuación**
5.	3/3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.		3
No.	**Puntaje acumulado**	**LENGUAJE**		**Puntuación**
6.	2/2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)		2
7.	1/1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal había cinco perros*		1
8.	3/3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas:** A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).		3
9.	1/1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)		1
10.	1/1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)		1
11.	1/1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 		1
	30/30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**		

No indica deterioro cognoscitivo.

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Risaralda Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Tamizaje en Salud Mental para pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental[1].

Departamento: Risaralda	**Municipio:** Santuario	
IPS: E.S.E Hospital San Vicente de Paúl		**EAPB:** Nueva EPS
Doc de ID, paciente: 4586229	**Edad:** 81 años	**Tipo diagnóstico/s:** Discapacidad Multiple
Fase del Tratamiento actual: PIC	**Fecha:** Septiembre	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles		
Objetivo: Realizar tamizaje en Salud Mental a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila, en riesgo y/o en pérdida del seguimiento		
Responsable(s) del diligenciamiento en la institución: Vianny Carolina Ochoa Valencia, Psicologa		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		x
2	¿Tiene mal apetito?		x
3	¿Duerme mal?		x
4	¿Se asusta con facilidad?		x
5	¿Sufre de temblor de manos?		x
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		x
7	¿Sufre de mala digestión?		x
8	¿No puede pensar con claridad?		x
9	¿Se siente triste?		x
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		x
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		x
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		x
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		x
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		x
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		x
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		x
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		x
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		x
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		x
20	¿Se cansa con facilidad?		x
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		x
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		x
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		x
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		x
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		x
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		x
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		x
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en		x

	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	—	
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	—	

0/30

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Si)** *a* **1** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

[1] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

Nota: Se observó expresión facial asociada a molestar o dolor, acompañada por sonidos de queja. No se evidencian manifestaciones emocionales internalizadas ni respuestas efectivas ante comunicación. Paciente en espera de ayuda con médico del dolor, con manejo farmacológico en hogar.

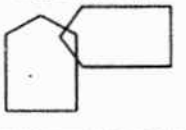
E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC 4586229

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	—/5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	1
			2. Mes	1
			3. Día	1
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	1
			5. Hora	1
2.	—/5	Diga en qué	6. País **Estamos**	1
			7. Ciudad	1
			8. Departamento	1
			9. Sitio o lugar	1
			10. Piso/barrio/vereda	1
No.	**Puntaje acumulado**	**MEMORIA**		**Puntuación**
3.	—/3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: ___		3
No.	**Puntaje acumulado**	**ATENCIÓN Y CÁLCULO**		**Puntuación**
4.	—/5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65**. En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**		5
No.	**Puntaje acumulado**	**EVOCACIÓN**		**Puntuación**
5.	—/3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.		3
No.	**Puntaje acumulado**	**LENGUAJE**		**Puntuación**
6.	—/2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)		2
7.	—/1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal había cinco perros*		1
8.	—/3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas**: A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).		3
9.	—/1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)		1
10.	—/1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)		1
11.	—/1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 		1
	—/30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**		

Nota: Durante la visita domiciliaria, el adulto mayor se encontro en un estado de alerta fluctuante, con minima apd de respuesta al entorno. No se evidencio comunicación verbal ni gestual intencionada. Presento apdente el atención en la consciencia y en las funciones superiores (atención, orientación, lenguaje y memoria) no fue posible la aplicación.

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Risaralda Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Tamizaje en Salud Mental para pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental[1].

Departamento: Risaralda	**Municipio:** Santuario	
IPS: E.S.E Hospital San Vicente de Paúl		**EAPB:** Nueva EPS
Doc de ID, paciente: 25193076	**Edad:** 75 años	**Tipo diagnóstico/s:** Discapacidad Física
Fase del Tratamiento actual: PIC	**Fecha:** Septiembre	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles		
Objetivo: Realizar tamizaje en Salud Mental a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila, en riesgo y/o en pérdida del seguimiento		
Responsable(s) del diligenciamiento en la institución: Vianny Carolina Ochoa Valencia, Psicologa		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	/	X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en		X

	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

080/30
Necesidad de Remisión

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Si)** *a* **1** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

[1] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC 25193076

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

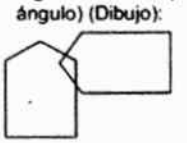
Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	5 /5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	1
			2. Mes	1
			3. Día	1
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	1
			5. Hora	1
2.	5 /5	Diga en qué	6. País **Estamos**	1
			7. Ciudad	1
			8. Departamento	1
			9. Sitio o lugar	1
			10. Piso/barrio/vereda	1

No.	Puntaje acumulado	MEMORIA	Puntuación
3.	3 /3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: 2	3

No.	Puntaje acumulado	ATENCIÓN Y CÁLCULO	Puntuación
4.	5 /5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65**. En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**	5

No.	Puntaje acumulado	EVOCACIÓN	Puntuación
5.	3 /3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.	3

No.	Puntaje acumulado	LENGUAJE	Puntuación
6.	2 /2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)	2
7.	1 /1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal había cinco perros*	1
8.	3 /3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas:** A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).	3
9.	1 /1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)	1
10.	1 /1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)	1
11.	1 /1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 	1
	/30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**	30

No deterioro Cognositivo

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC 25193076

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca **1**-Rara vez **2**-Algunas veces **3**-Bastantes veces **4**-Casi siempre

	Preguntas	Respuestas 0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? ¿Piensa que				X	
2	debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					X
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					X
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?		X			
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? ¿Piensa que el cuidar de su familiar		X			
6	afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?				X	
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					X
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					X
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?			X		
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					X
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?				X	
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					X
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?			X		
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					X
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					X
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su					X
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					X
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					X
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					X
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					X
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					X

Total: 0+2+4+9+60 = 75

Sobrecarga intensa.

Resultado

- Si usted tiene una puntuación **menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga**. - Puntuaciones entre **47-55 indican sobrecarga leve** - Puntuaciones **mayores de 55 indican sobrecarga intensa.** Si tiene puntuaciones superiores a 47, necesita por tanto modificar de forma urgente su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes. En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Risaralda Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Tamizaje en Salud Mental para pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental[1].

Departamento: Risaralda	**Municipio:** Santuario	
IPS: E.S.E Hospital San Vicente de Paúl		**EAPB:** Comfamiliq
Doc de ID, paciente: 25190199	**Edad:** 93 años	**Tipo diagnóstico/s:** Discapacidad física
Fase del Tratamiento actual: PIC	**Fecha:** Septiembre	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles		
Objetivo: Realizar tamizaje en Salud Mental a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila, en riesgo y/o en pérdida del seguimiento		
Responsable(s) del diligenciamiento en la institución: Vianny Carolina Ochoa Valencia, Psicologa		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en		X

	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

4/30

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Sí)** *a* ***1*** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

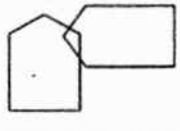
[1] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC 25190199

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	5/5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	1
			2. Mes	1
			3. Día	1
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	1
			5. Hora	1
2.	5/5	Diga en qué	6. País **Estamos**	1
			7. Ciudad	1
			8. Departamento	1
			9. Sitio o lugar	1
			10. Piso/barrio/vereda	1
No.	**Puntaje acumulado**	**MEMORIA**		**Puntuación**
3.	3/3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: 2		3
No.	**Puntaje acumulado**	**ATENCIÓN Y CÁLCULO**		**Puntuación**
4.	5/5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65.** En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**		5
No.	**Puntaje acumulado**	**EVOCACIÓN**		**Puntuación**
5.	3/3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.		3
No.	**Puntaje acumulado**	**LENGUAJE**		**Puntuación**
6.	2/2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)		2
7.	1/1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal habia cinco perros*		1
8.	3/3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas:** A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).		3
9.	1/1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)		1
10.	1/1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)		1
11.	1/1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 		1
	30/30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**		30

No deterioro cognositivo

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Risaralda Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Tamizaje en Salud Mental para pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental[1].

Departamento: Risaralda	**Municipio:** Santuario	
IPS: E.S.E Hospital San Vicente de Paúl		**EAPB:** Comfamilia
Doc de ID, paciente: 25193099	**Edad:** 61 AÑOS	**Tipo diagnóstico/s:** DM / HTA - Cuidadora
Fase del Tratamiento actual: PIC	**Fecha:** Septiembre	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles		
Objetivo: Realizar tamizaje en Salud Mental a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila, en riesgo y/o en pérdida del seguimiento		
Responsable(s) del diligenciamiento en la institución: Vianny Carolina Ochoa Valencia, Psicologa		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en		X

	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

10/30
Remisión

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Sí)** *a* ***1*** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

[i] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC 25193099

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

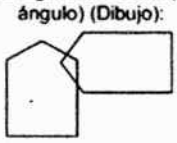
Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	5/5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	1
			2. Mes	1
			3. Día	1
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	1
			5. Hora	1
2.	5/5	Diga en qué	6. País **Estamos**	1
			7. Ciudad	1
			8. Departamento	1
			9. Sitio o lugar	1
			10. Piso/barrio/vereda	1

No.	Puntaje acumulado	MEMORIA	Puntuación
3.	3/3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: 1	3

No.	Puntaje acumulado	ATENCIÓN Y CÁLCULO	Puntuación
4.	5/5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65.** En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**	5

No.	Puntaje acumulado	EVOCACIÓN	Puntuación
5.	3/3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.	3

No.	Puntaje acumulado	LENGUAJE	Puntuación
6.	2/2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)	2
7.	1/1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal había cinco perros*	1
8.	3/3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas:** A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).	3
9.	1/1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)	1
10.	1/1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)	1
11.	1/1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 	1
	30/30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**	

Modelo Neurocognitivo

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC 25193099

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca **1**-Rara vez **2**-Algunas veces **3**-Bastantes veces **4**-Casi siempre

	Preguntas	Respuestas 0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? ¿Piensa que	X				
2	debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?	X				
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	X				
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? ¿Piensa que el cuidar de su familiar	X				
6	afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					X
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	X				
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	X				
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	X				
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	X				
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	X				
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	X				
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X				
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X				
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su	X				
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	X				
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?				X	
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				X	
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	X				

Total: 0+6+4 = 10

Resultado

- Si usted tiene una puntuación **menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga**. - Puntuaciones entre **47-55 indican sobrecarga leve** - Puntuaciones **mayores de 55 indican sobrecarga intensa.** Si tiene puntuaciones superiores a 47, necesita por tanto modificar de forma urgente su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes. En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Risaralda Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Tamizaje en Salud Mental para pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental[1].

Departamento: Risaralda	**Municipio:** Santuario	
IPS: E.S.E Hospital San Vicente de Paúl		**EAPB:** Salud total
Doc de ID, paciente: CC 25188816	**Edad:** 879	**Tipo diagnóstico/s:** Discapacidad Física
Fase del Tratamiento actual: PIC	**Fecha:** Septiembre	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles		
Objetivo: Realizar tamizaje en Salud Mental a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila, en riesgo y/o en pérdida del seguimiento		
Responsable(s) del diligenciamiento en la institución: Vianny Carolina Ochoa Valencia, Psicologa		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en		X

	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

4/30

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Sí)** *a* ***1*** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

[i] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC 25188816

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

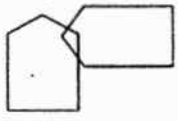
Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	4/5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	✓
			2. Mes	✓
			3. Día	✗ No
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	✓
			5. Hora	✓
2.	5/5	Diga en qué	6. País **Estamos**	✓
			7. Ciudad	✓
			8. Departamento	✓
			9. Sitio o lugar	✓
			10. Piso/barrio/vereda	✓

No.	Puntaje acumulado	MEMORIA	Puntuación
3.	3/3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: 3	✓

No.	Puntaje acumulado	ATENCIÓN Y CÁLCULO	Puntuación
4.	5/5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65**. En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**	✓

No.	Puntaje acumulado	EVOCACIÓN	Puntuación
5.	3/3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.	✓

No.	Puntaje acumulado	LENGUAJE	Puntuación
6.	2/2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)	✓
7.	1/1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal había cinco perros*	✓
8.	3/3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas:** A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).	✓
9.	1/1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)	✓
10.	1/1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)	✓
11.	1/1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 	✓
	29/30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**	29

+ 2 puntos por edad (89 años) = 30 No deterioro cognoscitivo.

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Risaralda Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Tamizaje en Salud Mental para pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila

SRQ **The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental[1].**

Departamento: Risaralda	**Municipio:** Santuario	
IPS: E.S.E Hospital San Vicente de Paúl		**EAPB:** Salud total
Doc de ID, paciente: 9955536	**Edad:** 59 años	**Tipo diagnóstico/s:** Discapacidad Física
Fase del Tratamiento actual: PIC	**Fecha:** Septiembre	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles		
Objetivo: Realizar tamizaje en Salud Mental a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila, en riesgo y/o en pérdida del seguimiento		
Responsable(s) del diligenciamiento en la institución: Vianny Carolina Ochoa Valencia, Psicologa		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en		X

	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

3/30

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Si)** *a* ***1*** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

[1] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

Pregunta 20. Evidencia dificultades físicas y crónicas en salud que ocasionan fatiga rápidamente en la persona. no se evidencian en examen mental otras alteraciones perceptivas.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC 9955536

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

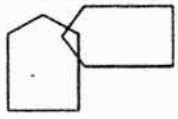
Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	5/5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	✓
			2. Mes	✓
			3. Día	✓
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	✓
			5. Hora	✓
2.	5/5	Diga en qué	6. País **Estamos**	✓
			7. Ciudad	✓
			8. Departamento	✓
			9. Sitio o lugar	✓
			10. Piso/barrio/vereda	✓

No.	Puntaje acumulado	MEMORIA	Puntuación
3.	3/3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: 1	✓

No.	Puntaje acumulado	ATENCIÓN Y CÁLCULO	Puntuación
4.	5/5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65.** En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**	✓

No.	Puntaje acumulado	EVOCACIÓN	Puntuación
5.	3/3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.	✓

No.	Puntaje acumulado	LENGUAJE	Puntuación
6.	2/2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)	✓
7.	1/1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal habia cinco perros*	✓
8.	3/3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas:** A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).	✓
9.	1/1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)	✓
10.	1/1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)	✓
11.	1/1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 	✓
	30/30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**	30

No deterioro cognoscitivo.

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Risaralda Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Tamizaje en Salud Mental para pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental[1].

Departamento: Risaralda	**Municipio:** Santuario	
IPS: E.S.E Hospital San Vicente de Paúl		**EAPB:** Salud total
Doc de ID, paciente: 25191789	**Edad:** 68 años	**Tipo diagnóstico/s:** Discapacidad física
Fase del Tratamiento actual: PIC	**Fecha:** Septiembre	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles		
Objetivo: Realizar tamizaje en Salud Mental a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila, en riesgo y/o en pérdida del seguimiento		
Responsable(s) del diligenciamiento en la institución: Vianny Carolina Ochoa Valencia, Psicologa		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en		X

	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

2/30

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Si)** *a* ***1*** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

[i] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC 25191789

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

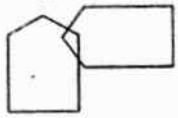
Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	5/5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	X
			2. Mes	X
			3. Día	X
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	X
			5. Hora	X
2.	5/5	Diga en qué	6. País **Estamos**	X
			7. Ciudad	X
			8. Departamento	X
			9. Sitio o lugar	X
			10. Piso/barrio/vereda	X

No.	Puntaje acumulado	MEMORIA	Puntuación
3.	3/3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: 2	X

No.	Puntaje acumulado	ATENCIÓN Y CÁLCULO	Puntuación
4.	5/5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65**. En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**	X

No.	Puntaje acumulado	EVOCACIÓN	Puntuación
5.	3/3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.	3/

No.	Puntaje acumulado	LENGUAJE	Puntuación
6.	2/2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)	X
7.	1/1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal había cinco perros*	X
8.	3/3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas**: A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).	X
9.	1/1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)	X
10.	1/1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)	X
11.	1/1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 	X
	30/30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**	

No deterioro cognoscitivo.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

Doc de ID, paciente:: a 25191789

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca **1**-Rara vez **2**-Algunas veces **3**-Bastantes veces **4**-Casi siempre

	Preguntas	Respuestas 0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? ¿Piensa que	X				
2	debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?	X				
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	X				
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? ¿Piensa que el cuidar de su familiar	X				
6	afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	X				
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	X				
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	X				
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	X				
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	X				
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	X				
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	X				
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X				
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X				
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su	X				
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	X				
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	X				
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	X				
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	X				

Total: 0

Resultado

- Si usted tiene una puntuación **menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga**. - Puntuaciones entre **47-55 indican sobrecarga leve** - Puntuaciones **mayores de 55 indican sobrecarga intensa.** Si tiene puntuaciones superiores a 47, necesita por tanto modificar de forma urgente su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes. En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Risaralda Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Tamizaje en Salud Mental para pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental[1].

Departamento: Risaralda	**Municipio:** Santuario	
IPS: E.S.E Hospital San Vicente de Paúl		**EAPB:** Salud total
Doc de ID, paciente: 4586790	**Edad:** 79 años	**Tipo diagnóstico/s:** Discapacidad física
Fase del Tratamiento actual: PIC	**Fecha:** Septiembre	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles		
Objetivo: Realizar tamizaje en Salud Mental a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila, en riesgo y/o en pérdida del seguimiento		
Responsable(s) del diligenciamiento en la institución: Vianny Carolina Ochoa Valencia, Psicologa		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en		X

	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

0/30

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Sí)** *a* ***1*** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

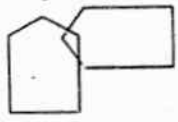
[1] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: 4586790 CC

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	5 /5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	1
			2. Mes	1
			3. Día	1
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	1
			5. Hora	1
2.	5 /5	Diga en qué	6. País **Estamos**	1
			7. Ciudad	1
			8. Departamento	1
			9. Sitio o lugar	1
			10. Piso/barrio/vereda	1
No.	**Puntaje acumulado**	**MEMORIA**		**Puntuación**
3.	3 /3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: 2		3
No.	**Puntaje acumulado**	**ATENCIÓN Y CÁLCULO**		**Puntuación**
4.	5 /5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65.** En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**		5
No.	**Puntaje acumulado**	**EVOCACIÓN**		**Puntuación**
5.	3 /3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.		3
No.	**Puntaje acumulado**	**LENGUAJE**		**Puntuación**
6.	2 /2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)		2
7.	1 /1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal había cinco perros*		1
8.	3 /3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas:** A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).		3
9.	1 /1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)		1
10.	1 /1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)		1
11.	1 /1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 		1
	30 /30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**		

No deterioro cognoscitivo.

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Risaralda Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Tamizaje en Salud Mental para pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental[1].

Departamento: Risaralda	**Municipio:** Santuario	
IPS: E.S.E Hospital San Vicente de Paúl		**EAPB:** Comfenalco
Doc de ID, paciente: 2467863	**Edad:** 85años	**Tipo diagnóstico/s:** Discapacidad fisica
Fase del Tratamiento actual: RBC-PIC	**Fecha:** Septiembre	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles		
Objetivo: Realizar tamizaje en Salud Mental a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila, en riesgo y/o en pérdida del seguimiento		
Responsable(s) del diligenciamiento en la institución: Vianny Carolina Ochoa Valencia, Psicologa PIC.		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en		X

	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

4/30

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Si)** *a* ***1*** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

[i] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

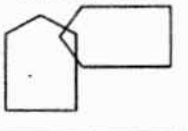
Pregunta 20. Evidencia dificultades físicas y crónicas en salud que ocasionan fatiga rapidamente en la persona. En el examen mental no se evidencian dificultades perceptivas.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: CC 1467863

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	5/5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	X
			2. Mes	X
			3. Día	X
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	X
			5. Hora	X
2.	5/5	Diga en qué	6. País **Estamos**	X
			7. Ciudad	X
			8. Departamento	X
			9. Sitio o lugar	X
			10. Piso/barrio/vereda	X
No.	**Puntaje acumulado**	**MEMORIA**		**Puntuación**
3.	3/3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: 3		X
No.	**Puntaje acumulado**	**ATENCIÓN Y CÁLCULO**		**Puntuación**
4.	3/5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65**. En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**		5/3
No.	**Puntaje acumulado**	**EVOCACIÓN**		**Puntuación**
5.	3/3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.		X
No.	**Puntaje acumulado**	**LENGUAJE**		**Puntuación**
6.	2/2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)		X
7.	1/1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal había cinco perros*		X
8.	3/3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas**: A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).		X
9.	1/1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)		X
10.	1/1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)		X
11.	0/1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 		1
	27/30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**		27

+2 punto por edad (95 años) ⇒ 29 (Sin escolaridad) – No deterioro cognoscitivo.

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Risaralda Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Tamizaje en Salud Mental para pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila

SRQ **The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental[1].**

Departamento: Risaralda	**Municipio:** Santuario	
IPS: E.S.E Hospital San Vicente de Paúl		**EAPB:** Asmetsalud
Doc de ID, paciente: 25191869	**Edad:** 74a	**Tipo diagnóstico/s:**
Fase del Tratamiento actual: PIC	**Fecha:** Septiembre	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles		
Objetivo: Realizar tamizaje en Salud Mental a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, EPOC, DM, cáncer, víctimas del conflicto armado, y pacientes con ficha de notificación 875 en violencias de género reportadas al Sivigila, en riesgo y/o en pérdida del seguimiento		
Responsable(s) del diligenciamiento en la institución: Vianny Carolina Ochoa Valencia, Psicologa		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en		X

	el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

0/30

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS);** en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje **≥ 9** es indicativo de que se requiere evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

2. Si se responde afirmativamente **(Sí)** *a* ***1*** *o* ***más*** *de las preguntas* **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), se valora como ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría.***

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14,** además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada ***Psicología/Psiquiatría,*** independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

[i] Validado por la OMS /OPS en 20 países, incluyendo Colombia.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Doc de ID, paciente:: 2519869CC

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

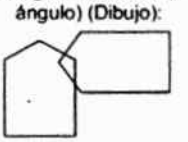
Para la puntuación final del Mini Mental State Examination (MMSE), se aplicarán ajustes compensatorios según las recomendaciones de D. Rosselli (2000): se sumarán 2 puntos por alteración visual evidente, 1 punto si el paciente es mayor de 65 años, y 2 puntos si es mayor de 75 años. La interpretación de la puntuación ajustada se realizará en función de los años de escolaridad para determinar la sospecha de deterioro cognoscitivo y la necesidad de remisión a psiquiatría o neurología: un puntaje igual o inferior a 21 es indicativo para personas con 0-5 años de escolaridad; un puntaje inferior o igual a 24 para aquellas con 6-12 años; y un puntaje inferior o igual a 26 para quienes tienen más de 12 años de escolaridad.

No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN		Puntuación
1.	3/5	Diga en qué	1. Año **Estamos**	1
			2. Mes	X
			3. Día	1
			4. Fecha de hoy (día de la semana)	X
			5. Hora	X
2.	5/5	Diga en qué	6. País **Estamos**	X
			7. Ciudad	X
			8. Departamento	X
			9. Sitio o lugar	X
			10. Piso/barrio/vereda	X

No.	Puntaje acumulado	MEMORIA	Puntuación
3.	3/3	Diga las siguientes palabras **CASA, MESA, ÁRBOL**. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítalas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos: 3	X

No.	Puntaje acumulado	ATENCIÓN Y CÁLCULO	Puntuación
4.	3/5	Reste **100 - 7** en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: **93-86-79-72-65**. En el caso que la persona no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés: **Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto.**	5/3

No.	Puntaje acumulado	EVOCACIÓN	Puntuación
5.	0/3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.	3

No.	Puntaje acumulado	LENGUAJE	Puntuación
6.	2/2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)	X
7.	1/1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: *En el trigal habia cinco perros*	X
8.	3/3	Comprensión obedecer una orden en **tres etapas:** A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: **Tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso.** (De un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente).	X
9.	1/1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contenga la frase: "cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)	X
10.	1/1	• Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)	X
11.	1/1	Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 	X
	23/30	**SUMATORIA PUNTAJE FINAL**	23

+1 punto por edad (74 años) ⇒ 24 (Sin escolaridad) – No deterioro cognoscitivo.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

Doc de ID, paciente::
CC 25191869.

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca **1**-Rara vez **2**-Algunas veces **3**-Bastantes veces **4**-Casi siempre

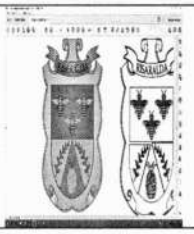
	Preguntas	Respuestas 0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? ¿Piensa que	X				
2	debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?	X				
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X			
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? ¿Piensa que el cuidar de su familiar	X				
6	afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?				X	
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?		X			
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	X				
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	X				
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	X				
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	X				
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?		X			
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X				
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su	X				
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	X				
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?		X			
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?		X			
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	X				

Total: 0+5+0+3+4=12

Resultado

- Si usted tiene una puntuación **menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga**. - Puntuaciones entre **47-55 indican sobrecarga leve** - Puntuaciones **mayores de 55 indican sobrecarga intensa.** Si tiene puntuaciones superiores a 47, necesita por tanto modificar de forma urgente su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes. En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

OBLIGACIÒN 5

	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **SECRETARÍA DE SALUD** **GESTIÓN SALUD PÚBLICA** **ACTA DE REUNIÓN**
Versión: 3	Vigencia: 09-2010

OBLIGACIÓN #5

Informe: 2. Periodo 1 de agosto al 30 de septiembre.
EBS: EBS 2: Psicólogo, Enfermera
Responsables: Vianny Carolina Ochoa Valencia y Angela María Mesa Orrego.

DESARROLLO:

Descripción de la obligación: Desarrollar estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en salud mental dirigido a la población LGBTI Mariposas del Café. Esta actividad será realizada por mínimo Dos (2) profesionales: Enfermería y psicología quienes desarrollaran este proceso en 4 etapas.

1. Desarrollar el mapeo o cartografía social como primer paso para la estructuración del plan de trabajo comunitario

2. Ciclo educativo de mínimo 8 sesiones de 2 horas de duración ciclo educativo de mínimo 8 sesiones (4 SESIONES CON PSICÓLOGO Y 4 CON ENFERMERÍA) de 2 horas de duración, en las cuales los profesionales trabajan en fortalecer habilidades de organización comunitaria con el fin de trabajar sobre las potencialidades de la comunidad sin enfocarse en la carencia, lo que permitirá la optimización de acciones y recursos.

3. Articulación intersectorial con las entidades públicas, privadas o sociales para gestionar procesos identificados previamente.

4. Seguimiento: a través de Plan Integral de Cuidado Familiar mediante 2 visitas a cada familia por dupla de profesionales asignados para este proceso, cada visita incluye evaluación del ejercicio desarrollado.

Actividad realizada por equipo básico de salud N° 2: Psicólogo y Enfermera Duración: 23,4 horas por actividad en zona rural por familia, 18 horas por actividad en zona urbana por familia Producto: Estrategia de RBC implementada, Planes de cuidado, RIPS con el código CUPS I30002, I30001.

Planeación de ejecución: El equipo básico de salud (EBS) establece un calendario de acciones restantes (actividades colectivas- etapa 2. y Plan Integral De Cuidado Familiar -etapa 4.) que toma en cuenta los cronogramas institucionales de las diferentes organizaciones que interactúan con la comunidad de "Mariposas del Café" durante el año (etapa 3. Articulación Intersectorial). Para garantizar una participación efectiva y respetuosa de la realidad local, y atendiendo a las dificultades expresadas por la propia comunidad relativas a factores culturales, socioeconómicos, familiares o personales, la EBS junto a otras instituciones ha determinado que las acciones se llevarán a cabo con una frecuencia de cada quince (15) días (anexo captura de pantalla cronograma global).

Cabe destacar que las actividades iniciales propuestas en el Acta del Informe 1 han mantenido una flexibilidad estratégica, permitiendo que su construcción y adaptación respondan continuamente a

las necesidades, intereses y prioridades manifestadas por la comunidad. De este modo, el cronograma para este informe se presenta alineado con estos criterios de flexibilidad y ritmo bimensual.

Fecha	Actividad
Agosto	Actividad 1. Raíces y Vuelos: Retratos de Resiliencia en Las Mariposas del Café Mi Bienestar y Hábitos, sensibilización frente al consumo de SPA. Acciones de autocuidado. Actividad 2. Planes de autocuidado.
Septiembre	Actividad 1. Nutrición y Plantas Medicinales: Recetario Intercultural. Reflexión de siembra y autocuidado. Almuerzo comunitario.
Octubre	Actividad 1. Celebración mundial de la salud mental "Tejido de Almas y Colores " Autocuidado cultural-DANZA
Noviembre	Actividad 1. Primeros auxilios emocionales y físicos: ¿Cómo actuar ante una crisis de ansiedad o heridas por violencia? Resolución de conflictos. Cierre acciones del año. Actividad 2. Seguimiento planes de autocuidado.

Nota: Este cronograma está sujeto a cambios debido al volumen de actividades y posibles modificaciones en las jornadas o los cronogramas institucionales. Adicionalmente, durante el proceso, se podrían establecer nuevas alianzas que modifiquen la planificación. Todas las actividades están a cargo del Grupo EBS.

Desarrollo en el periodo reportado: Durante el periodo reportado, se planificó dos sesiones dirigida a la población indígena perteneciente a la comunidad LGTBIQ+. La actividad estaba originalmente programada para el mes de agosto, pero ante la nula participación, fue postergada a septiembre. A pesar de los esfuerzos de convocatoria realizados mediante llamadas previas y mensajes al grupo colectivo de WhatsApp, la comunidad reportó dificultades para agruparse debido a la coincidencia con festividades y a limitaciones económicas. Asimismo, durante el mes de septiembre, se intentó proponer una sesión adicional, pero se presentó la misma situación de baja o nula participación descrita con anterioridad, lo que justificó la necesidad de reprogramación.

Relación de la actividad realizada: Actividad 07. Esta jornada consistió en un Taller de Articulación y Psicoeducación dirigido a la comunidad "Mariposas del Café", coordinado por el Equipo Básico de Salud (EBS 2) e implementado con el apoyo de las referentes departamentales de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) de Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva, junto a la Dirección Local de Salud. La actividad central fue un taller de arte-terapia utilizando la Metáfora del Árbol de Café (Retrato de resiliencia) para guiar a las participantes en una profunda reflexión sobre su proyecto de vida personal y colectivo, explorando valores, apoyos y debilidades. La sesión también incluyó el abordaje lúdico del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), identificadas como "parásitos", y

culminó con la Lotería de Daños y Reducción de Riesgos y el establecimiento de la Ruta de Salud Mental.

Es fundamental destacar que los logros alcanzados durante la sesión son la generación de un espacio de confianza y reflexión profunda, logrando articular efectivamente la metáfora del proyecto de vida con el abordaje lúdico de la Reducción de Riesgos por consumo de SPA. Sin embargo, entre los desafíos se encuentra la participación limitada por la baja producción cafetera en el territorio, lo que provoca la dispersión de la población, la interferencia de ciertas actividades personales de la noche anterior (fiestas) con los horarios de la jornada y disminución económica de la comunidad para el pago de transporte.

Relación de la actividad realizada: Actividad 08. La actividad central se desarrolló como un conversatorio dinámico que abordó los "Principios básicos de nutrición", destacando que el cuerpo requiere de cuatro componentes esenciales: Carbohidratos, proteínas, agua, vitaminas y minerales. El foco se movió a la sección "¿Cómo ayudan las plantas?", estableciendo que "Cada planta es como una medicina útil que puede ser de gran ayuda". Se invitó a la comunidad a compartir sus saberes ancestrales con las preguntas detonantes: "¿Qué plantas medicinales usan en su comunidad?", "¿Qué alimentos consideran más importantes para la salud y la energía?" y "¿Qué recetas tradicionales recuerdan?".

- **Relación de las actividades realizadas:**
  - **Ejecución de actividad:** acta 07 y 08, con sus respectivos anexos (registros fotográficos, listados de asistencia, y material educativo) junto con la carpeta de fotografías.
  - **Ejecución de informe ejecutivo 2.** documento actual.

Realizado por:

Nombre: Vianny Carolina Ochoa Valencia

Firma: Vianny Carolina Ochoa Valencia

Cargo: Psicóloga PIC

Nombre: Angela María Mesa Orrego

Angela María Mesa O.

Firma:

Cargo: Enfermera PIC

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **SECRETARÍA DE SALUD** **GESTIÓN SALUD PÚBLICA** **ACTA DE REUNIÓN**
Versión: 3	Vigencia: 09-2010

ACTIVIDADES MARIPOSAS DEL CAFÉ EN SANTUARIO

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Extensiones Ayuda

Compartir

	A	B	C	D	E	F	G	H
8	02/09/2025	sábado	Rehabilitación basada en comunidad	PIC	Mariposas del café	Actividad 1. Raíces y Vuelos: Retratos de Resiliencia en Las Mariposas del Café Actividad 2. Mi Bienestar y Hábitos, sensibilización consumo de bebidas alcohólicas Actividad 3. Autocuidado cultural-DANZA	PIC- Angela Mesa y Vianny Ochoa	
9	Agosto	Martes, miercoles, jueves y viernes	Rehabilitación basada en comunidad	PIC	Mariposas del café	Visita entorno hogar, caracterizacion socioambiental, priorizando 20 mariposas del cafe.	PIC- Angela Mesa y Vianny Ochoa	
10	23/08/2025	sábado	Actividad salud Oral	Secretaria de salud de Risaralda - salud oral. Defensoria, Uariv, ANT	Mariposas del café	Taller de maquillaje - Educación en salud oral. Revisión de proceso de aseguramiento, planteamiento de estategia psicosocial uariv	Andrea Romero - Defensoría del Pueblo- UARIV	Kelly Londoño
11	06/09/2025	sábado	Rehabilitación basada en comunidad	PIC	Mariposas del café	Actividad 1. Raíces y Vuelos: Retratos de Resiliencia en Las Mariposas del Café Actividad 2. Mi Bienestar y Hábitos, sensibilización consumo de bebidas alcohólicas Actividad 3. Autocuidado cultural-DANZA	PIC- Angela Mesa y Vianny Ochoa	Apoya Andrea Romero desde Sec salud Departamental
12	19/09/2025	viernes	Actividad salud ITS	Secretaria de salud de Risaralda	Talento humano de la administración municipal y la ESE	Capacitación talento humano de ESE y DLS en disminución de estigma y discriminación	Karol Hernandez / Andrea Romero	Karol Colorado
13	20/09/2025	sábado	Actividad salud ITS	Secretaria de salud de Risaralda	Mariposas del café	Cuidarnos entre todas (redes de apoyo y derechos) • Historias de vida en clave de autocuidado colectivo • Creación de un mural de derechos • Construcción de una red simbólica de apoyo entre mujeres trans	Karol Hernandez / Andrea Romero	Karol Colorado
14	11/10/2025	Sábado	Rehabilitación basada en comunidad	PIC	Mariposas del café	Actividad 1. Celebración mundial de la salud mental.	PIC- Angela Mesa y Vianny Ochoa	
15	18/10/2025	Sábado	Visita Ministerio de salud y protección social	Min Salud y Gobernación de Risaralda	Mariposas del café	Visita de viceministra de protección social a las mariposas del café y grupos focales Grupos focales	Karol Colorado / Andrea Romero	Karol Colorado
16	25/10/2025	sábado	Actividad salud ITS	Secretaria de salud de Risaralda, estudiantes UT	Mariposas del café	Cuidarnos entre todas (redes de apoyo y derechos) • Historias de vida en clave de autocuidado colectivo • Creación de un mural de derechos • Construcción de una red simbólica de apoyo entre mujeres trans	Andrea Romero	Karol Colorado
17	01/11/2025	sábado	Rehabilitación basada en comunidad	PIC	Mariposas del café	Actividad 1. Nutrición y Plantas Medicinales: Recetario Intercultural.	PIC- Angela Mesa y Vianny Ochoa	

Anexo. captura de pantalla cronograma global, Articulación Intersectorial.

REUNION ACTA No. 07

Municipio-Lugar:	Santuario, Risaralda, auditorio E.S.E Hospital San Vicente de Paul.
Fecha:	06-09-2025
Hora inicio-final	9:00 am a 11:30 am
Asunto:	Actividades obligación 5.

Personas citadas: Comunidad Mariposas del Café, equipo básico de salud (EBS 2) representado por Vianny Carolina Ochoa Valencia (Psicóloga) y Angela María Mesa Orrego (Enfermera). En la mesa de trabajo también estuvieron presentes los líderes departamentales: Daniela Roldán, del Programa de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) de Salud Mental, y Andrea Romero, representante del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Finalmente, participó la Psicóloga Sara Granada en representación de la Dirección Local de Salud.

Asistentes: Comunidad Mariposas del Café, equipo básico de salud (EBS 2) representado por Vianny Carolina Ochoa Valencia (Psicóloga) y Angela María Mesa Orrego (Enfermera). En la mesa de trabajo también estuvieron presentes los líderes departamentales: Daniela Roldán, del Programa de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) de Salud Mental, y Andrea Romero, representante del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Finalmente, participó la Psicóloga Sara Granada en representación de la Dirección Local de Salud.

ORDEN DEL DÍA:

1.	**Actividades previas al día de la actividad.**
2.	**Acciones iniciales y conexión.**
3.	**Actividad central: metáfora del árbol de café y abordaje de SPA.**
4.	**Resolución de dudas, retroalimentación de taller y cierre.**

Desarrollo de actividad:

1. Actividades previas y planeación logística: En la fase previa a la ejecución del taller con la comunidad "Mariposas del Café", el Equipo Básico de Salud (EBS) se enfocó en la coordinación de los aspectos metodológicos con las referentes departamentales de los programas de Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva. Esta coordinación aseguró la alineación temática y el seguimiento al cronograma interinstitucional. Asimismo, el EBS se encargó de la gestión de materiales didácticos y la logística operativa de la actividad. La convocatoria de las participantes se realizó mediante el cruce de la base de datos disponible, complementada con llamadas telefónicas y la invitación formal a través del grupo

colectivo de WhatsApp. Asimismo, se realizó invitación a la Dirección Local de Salud para su debido acompañamiento y seguimiento a la población.

2. Acciones iniciales y conexión: La sesión inició con una actividad rompehielos que invitó al movimiento corporal, facilitando un momento inicial de apertura y conexión grupal. Posteriormente, se realizó la presentación formal de las asistentes municipales y departamentales, se expusieron los objetivos de la jornada y se ofreció un agradecimiento especial a las participantes por su asistencia, reconociendo las dificultades logísticas previas en la coordinación de espacios con la comunidad de las "Mariposas del Café". (Las particularidades de estos acuerdos se documentan en el acta general del informe).

3. Actividad central: metáfora del árbol de café y abordaje de SPA.

La actividad central se desarrolló mediante la poderosa metáfora del Árbol de Café (Retrato de resiliencia), diseñada para invitar a las integrantes de la comunidad indígena a una profunda reflexión sobre su proceso personal y colectivo como proyecto de vida. La metodología fue un taller de arteterapia, donde cada mesa dispuso de materiales (colores, marcadores, hojas) y fue acompañada por una referente departamental o municipal para brindar apoyo ante dificultades de lectoescritura, comprensión o expresión. La metáfora se desglosó por partes del árbol para trabajar distintos conceptos:

- **Flores:** Representaron los valores, habilidades o acciones esenciales de cada una.
- **Mariposas:** Integraron a las personas importantes que acompañan el proceso individual y colectivo.
- **Parásitos:** Facilitaron el procesamiento de debilidades o dificultades que dependen de las propias acciones o pensamientos.
- **Frutos:** Simbolizaron los logros pequeños y grandes, promoviendo la valoración de la vida.
- **Hojas:** Representan los anhelos o sueños (que "van y vienen, caen y crecen").
- **Tallo:** Fue el pilar de la actividad, invitando a reflexionar sobre el papel propio, de la comunidad o la familia como sistema de apoyo en momentos difíciles.
- **Raíces:** Permitió recordar el camino trazado y el origen, configurando el panorama completo del proyecto de vida personal y colectivo.

Esta actividad culminó con una reflexión grupal que enfatizó: "Así como el árbol necesita de cada parte (tallo, raíces, frutos, flores) para ser fuerte, nuestra vida necesita de todas nuestras emociones y

relaciones, incluso de los desafíos ('parásitos'), para sostener nuestro proyecto de vida y crecer." (Captura de pantalla, anexo 2.).

Posteriormente, se realizó una breve actividad de estiramiento y respiración para retomar el foco ante dispersión grupal. El conversatorio continuó abordando los "parásitos de la vida", haciendo énfasis en el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), el cual, aunque genera efectos inicialmente percibidos como positivos, actúa como un parásito a largo plazo. Se brindó información clara sobre qué son las SPA. Finalmente, se estableció la Ruta de Salud Mental en caso de necesidad y se concluyó la actividad central con una Lotería de Daños y Reducción de Riesgos (Anexo. captura pantalla) de las sustancias más consumidas en la comunidad (Marihuana, Alcohol, Bazuco y Cigarrillo), una dinámica didáctica de alta participación y provecho para la comunidad.

4. Resolución de dudas, retroalimentación y cierre: Al finalizar la jornada, no se registraron dudas por parte de las asistentes. La retroalimentación fue altamente positiva, manifestando la necesidad de más espacios con esta metodología. Se reiteró el agradecimiento por la participación y se comunicó la fecha de la próxima intervención, proyectada para el mes de octubre.

Es fundamental destacar que los logros alcanzados durante la sesión son la generación de un espacio de confianza y reflexión profunda, logrando articular efectivamente la metáfora del proyecto de vida con el abordaje lúdico de la Reducción de Riesgos por consumo de SPA. Sin embargo, entre los desafíos se encuentra la participación limitada por la baja producción cafetera en el territorio, lo que provoca la dispersión de la población, la interferencia de ciertas actividades personales de la noche anterior (fiestas) con los horarios de la jornada y disminución económica de la comunidad para el pago de transporte.

Anexos:

- Captura de pantalla: Lotería reducción de daños consumo de SPA.
- Registros fotográficos de Actividad 07.
- *Listado de asistencia de Actividad 07.*

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Continuar actividades en salud con la comunidad Mariposas del café, EBS, próximo encuentro.

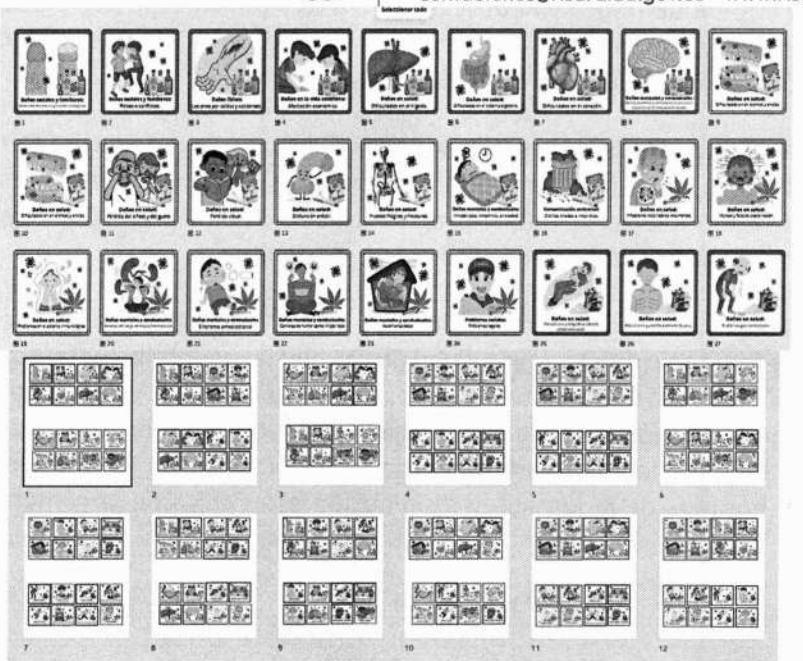
FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**

FIRMA **Angela María Mesa Orrego**
Cargo **Enfermería PIC**

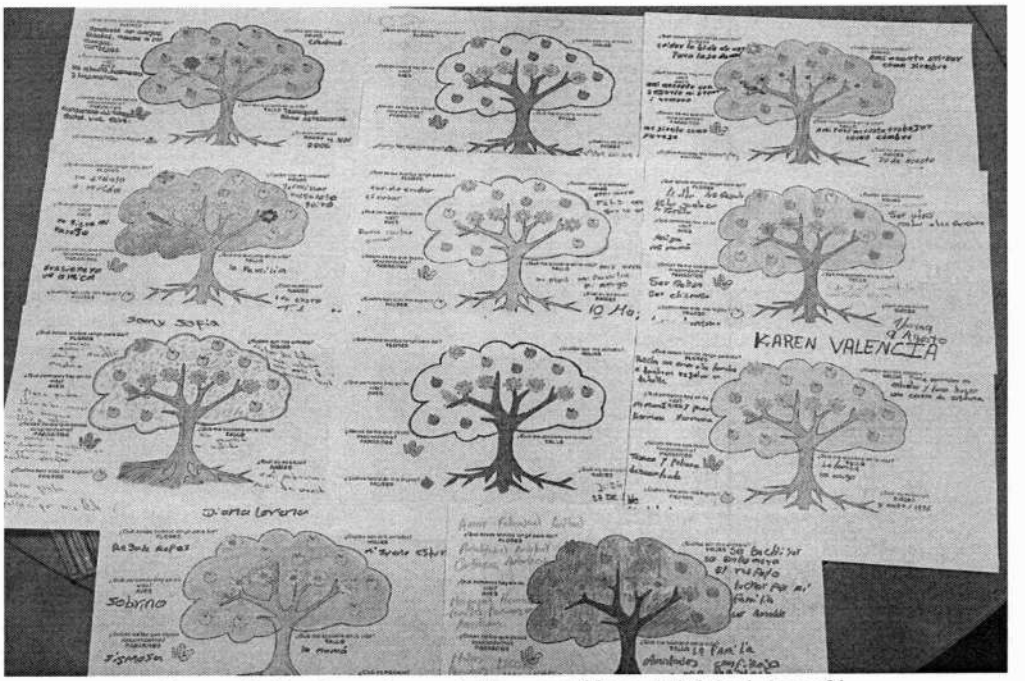
Elaboró

Versión. 04
Vigencia:08-2024

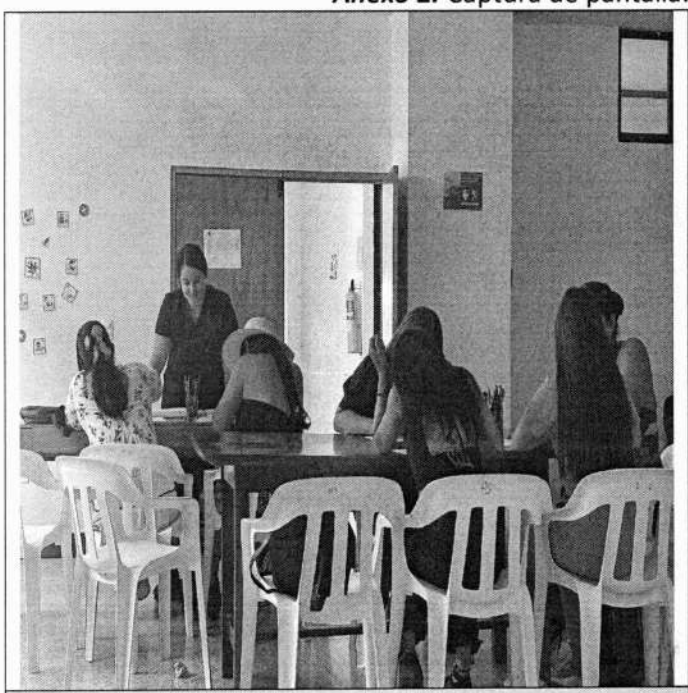
Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co



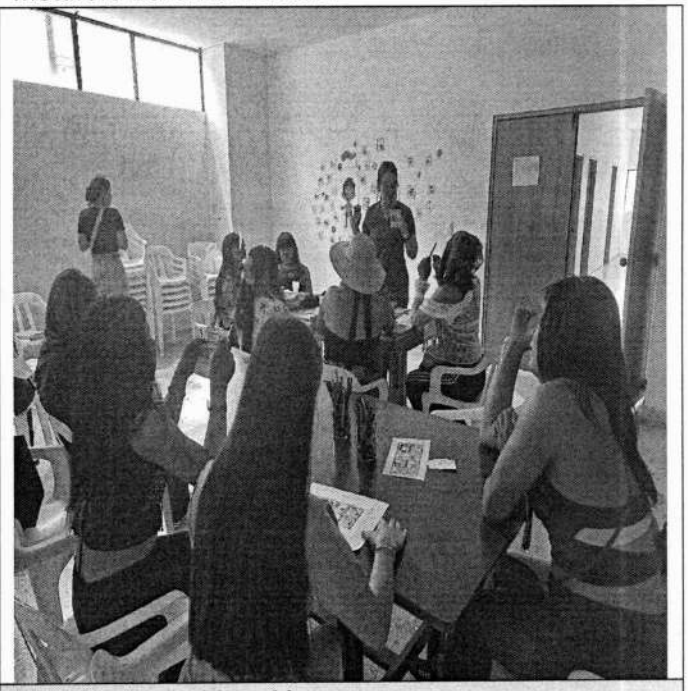
Anexo 1. Captura de pantalla: Lotería reducción de daños por consumo de SPA.



Anexo 2. Captura de pantalla: metáfora del árbol de café.



Actividad 07. Obligación 5.
Fecha: 06-09-2025
Ubicación: Auditorio E.S.E Hospital.



Actividad 07. Obligación 5.
Fecha: 06-09-2025
Ubicación: Auditorio E.S.E Hospital.

	
Actividad 07. Obligación 5. Fecha: 06-09-2025 Ubicación: Auditorio E.S.E Hospital.	**Actividad 07. Obligación 5.** Fecha: 06-09-2025 Ubicación: Auditorio E.S.E Hospital.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: 06-09-2025
Lugar: Auditorio Hospital | Nombre de la reunión: RBC - Manpaxes del café | Facilitador/Conferencista: Angela Mere, Mesa Ortega & Vanny Cortes Ochoa Ustariz | Asistencia Técnica: | Capacitación | /Beneficiarios | / Programa X

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como: Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Información Étnica: Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO(A)/ROM	Ninguna	POBLACIÓN: Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	DISCAPACIDAD: Auditiva	Visual	Física	Cognitiva	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	ZONA: URBANO	RURAL	FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS): SI	NO
1	Karen Jimena Bucama Esteve.	113518 4593	26			X			X																	Pijao Salud	313664 01381.		Santa Fé	Santuario	V		Karen Jimena Bukama	X	
2	Tifani Sofia Nengarave.	1078673 7116.	22			X			X																	Asmet Salud	312765 2789.		la Kennedy	Santuario	X		TiFanySofia	X	
3	Samy Sofia Enevia Siagama	1090151 288.	40			X			X																	Asmet Salud	324322 7375.		Las Palmas	Santuario	X		Samy. Sofia	X	
4	Deisy Bucama Esteves.	1135184 602	19			X			X																	Pijao Salud	311429 6186		Santa Fé.	Santuario	X		DEISY BUKAMA	X	
5	Fernanda Siagama enevia	1092911 588.	25			X			X																	Asmet Salud	311344 5898		Santa Fé	Santuario	X		Fernanda	X	
6	Diana lorena Quenagama Evas	1079177 690	28			X			X																	Asmet Salud	311372 1012		Santa Fé	Santuario	X		Dianalorena	X	
7	Karen Valencia Mena	1128846 703	29			X			X																	Salud Total	311739 0290		Santa Fé	Santuario	X		Karen V. M.	X	-
8	Tatiana Tuave. Tequia.	1032102 529.	28			X			X																	Asmet Salud	310503 8662.		Santa Fé	Santuario	X		tatiana	X	
9	Viviana Tenigama Siagama	1093186 651.	17			X			X																	Pijao Salud	323325 1278.		Marco Fidel	Santuario	X		Viviana	X	
10	Marian Tenigama Siagama	1093533 992	19			X			X																	Pijao Salud	311393 1600.		BOD Perlas Blancas	Santuario		X	Marian	X	
11	Kimberly Stamy Nacavera Jupa.	114869 1289.	18			X			X																	Pijao Salud	315235 4623.		Jesus Maria Ochoa	Santuario	X			X	
12	Paola Tequia	1090151 624	26			X			X																	Asmet Salud	313745 9597		El Tambo	Santuario		X	PAOLA TEQUIA	X	
13	Luz Nelly Nuga	1133719 955	22			X			X																	Nueva EPS	312784 1113		Buenos Aires.	Santuario		X	Luz nelly	X	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha _____

Lugar: _____ Nombre de la reunión: _____ Facilitador/Conferencista: _____

Asistencia Técnica: _____ Capacitación _____ /Beneficiarios _____ / Programa _____

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Etnica						POBLACION								DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACION/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indigena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO/ROM	Ninguna	Victima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Fisica	Cognitiva						URBANO	RURAL		SI	NO
1	Alejandra Quevagama	1135184 890	18			X			Y																Pijao Salud	320780 5321	La 1		La Bamba	Santuario		X	Alejandra	Y	
2	Ovidio Tequia	1147955 764	32			X			X																Asmet Salud	314783 2256			Mapa	Santuario		X	Carolina	Y	
3	Alexandra Sintua	1078176 559	34			X			X																Nueva Eps	32062 00712			Santaffe	Santuario	X		Alexandra	Y	
4	Marli Arce	1075021 143	25			X			X																Nueva Eps	314598 8937			Pueblo Nano	Santuario		X	marly arce	Y	
5	Estefania Quevagama	1133614 299	19			X			X																Capital Salud	No tiene			Calichal	Santuario		X	estefania	Y	
6	Yasli Quevagama	1094353 3769	23			X			X																Pijao Salud	No tiene			Pueblo Nano	Santuario		X	Yasli	Y	
7	Leila Tequia	1133614 285	18			X			X																Nueva Eps	No tiene			Calichal	Santuario		X	Leyla	X	-
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de Julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

Diana Lorena

¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES

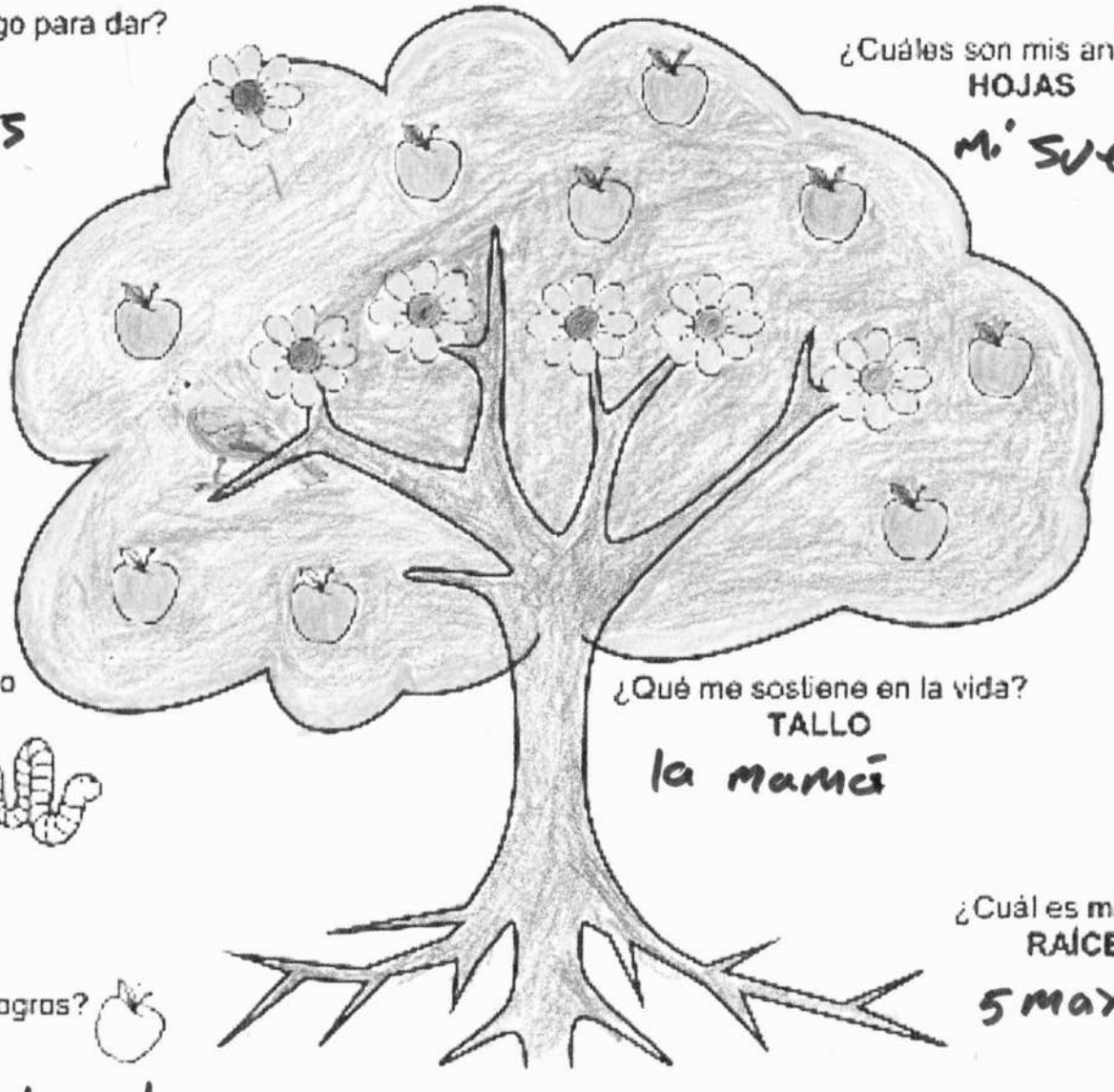
Regalo Ropas

¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS

mi sueño estudiar

¿Qué personas hay en mi vida?
AVES

sobrino



¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS

sismosa

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO

la mamá

¿Cuál es mi inicio?
RAÍCES

5 marzo

¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS

seguir adelante

Amor Felicidad Lealtad

¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES

Amabilidad Amistad
Confianza Autentica

¿Qué personas hay en mi vida?
AVES

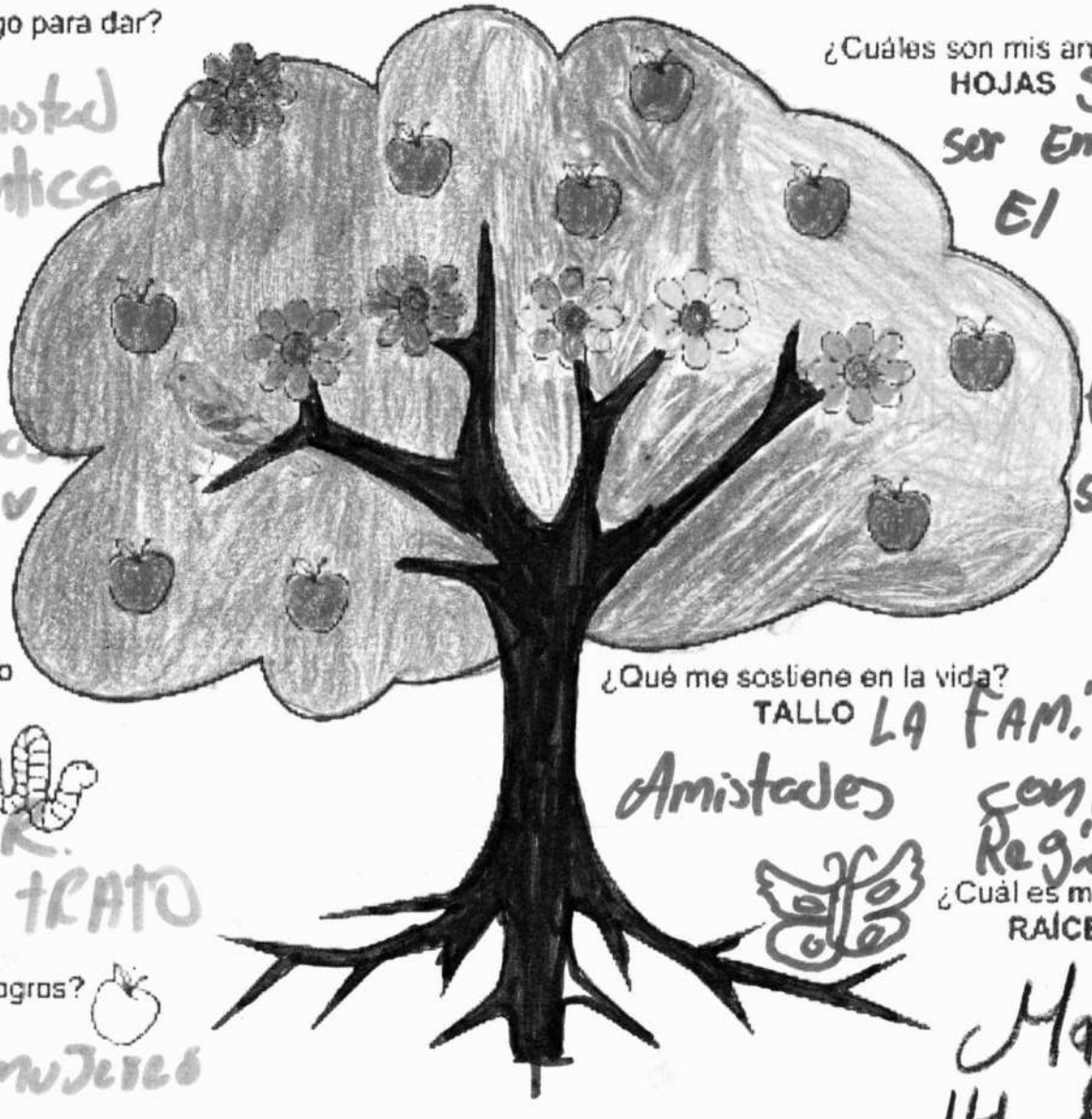
Mis papás Hermanos
familia Personas y
Amistades.

¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS

Malos LICOR
Personas MALTRATO

¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS

unir con las mujeres
maravillosa
luchar por mi'



¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS Ser bachiller
ser Enfermera
El respeto
luchar por mi'
familia
ser Amable

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO La FAMILIA
Amistades confianza
Registroca

¿Cuál es mi inicio?
RAICES

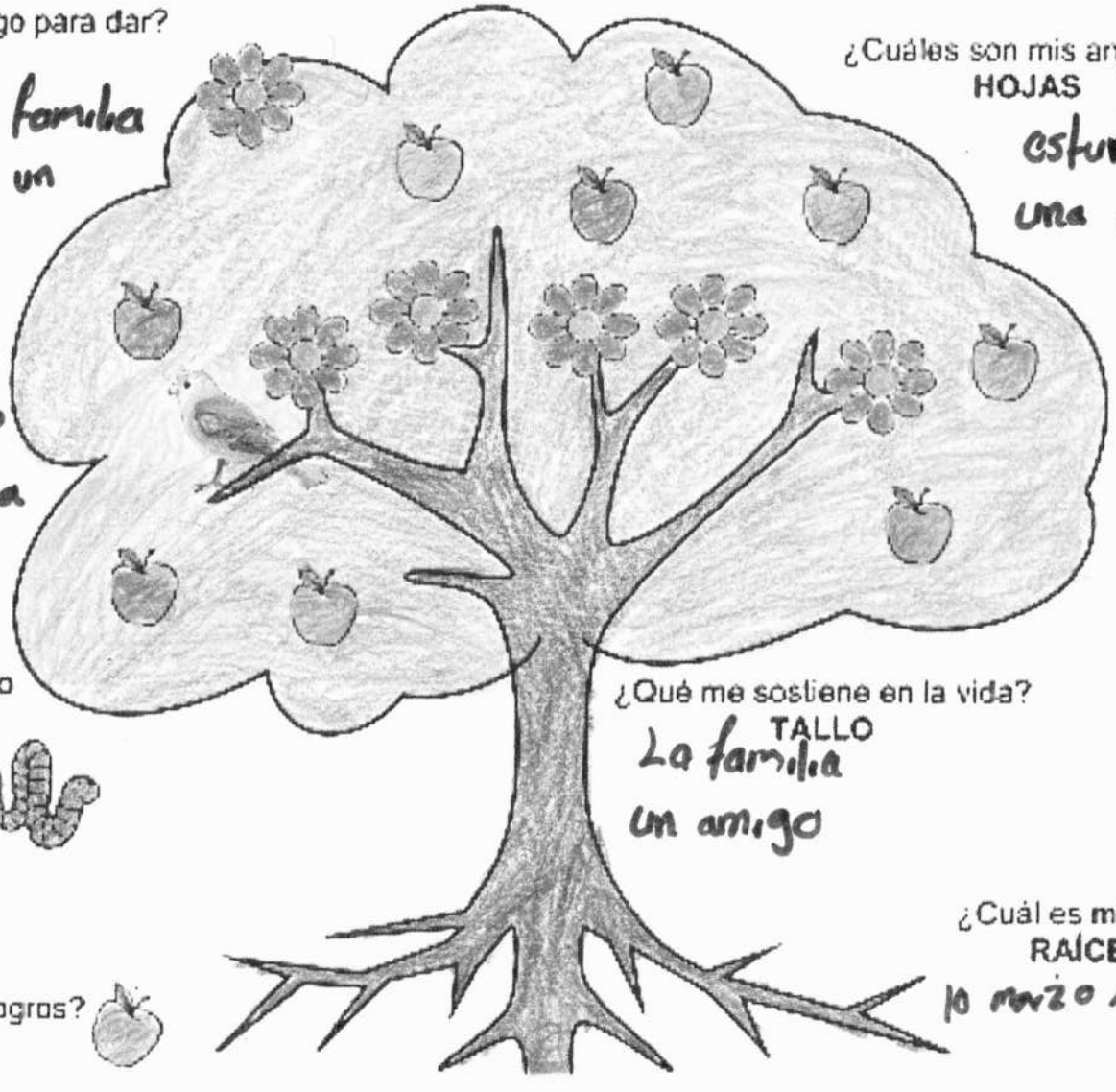
Mariam
14 Mayo

KAREN VALENCIA

¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES
Recibir un amor a la familia
y tambien regalar un
detalle

¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS Para terminar mi
estudio y toca hacer
una carrera de sistema

¿Qué personas hay en mi vida?
Mi mamá AVES y primo
Hermano Hermana



¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS
Toxica y Peliona
descomfiada

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO
La familia
un amigo

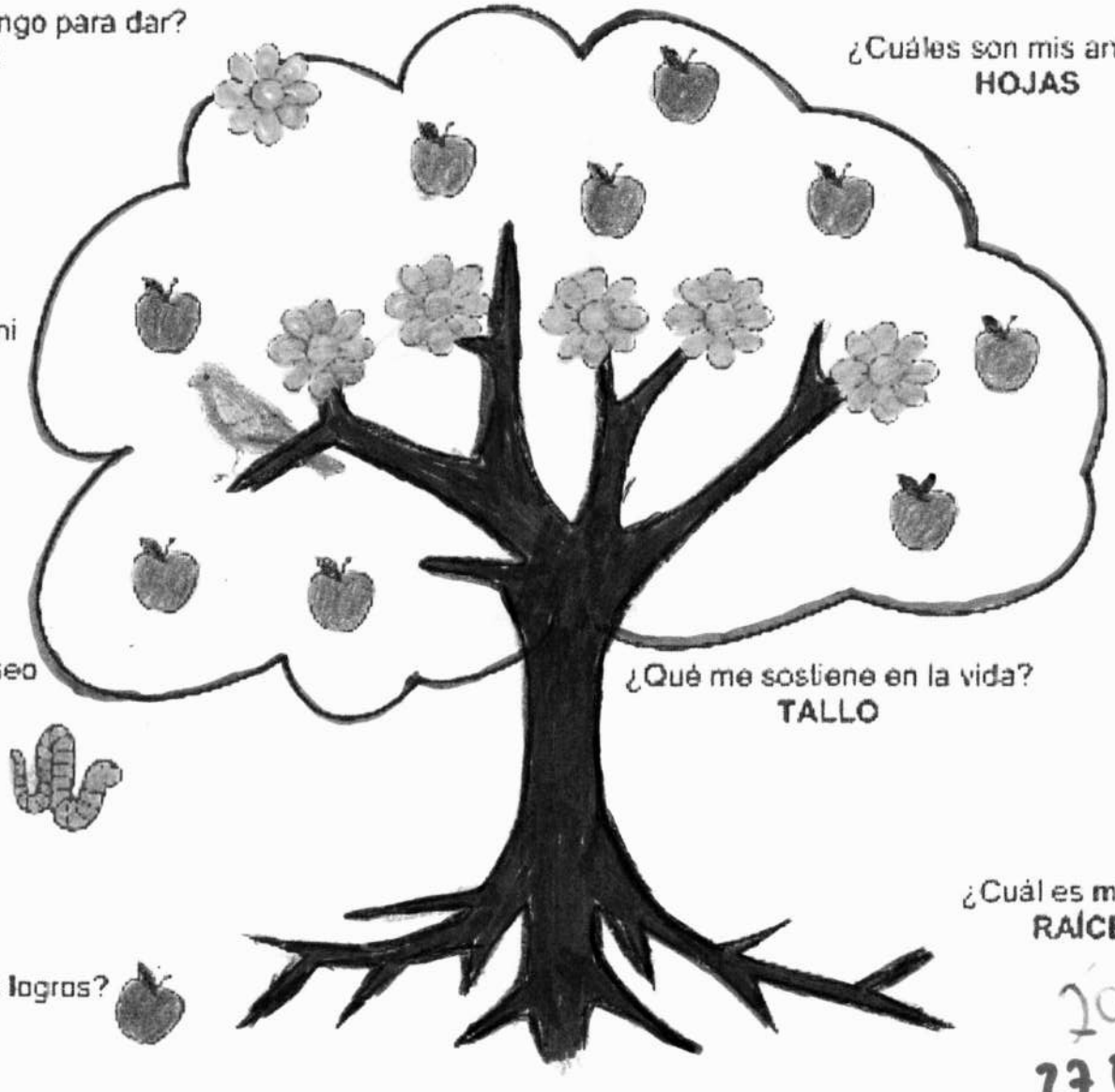
¿Cuál es mi inicio?
RAÍCES
10 marzo / 1996

¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS
Hacer bakente
ser bakente
seguir adelante

¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES

¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS

¿Qué personas hay en mi vida?
AVES



¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO

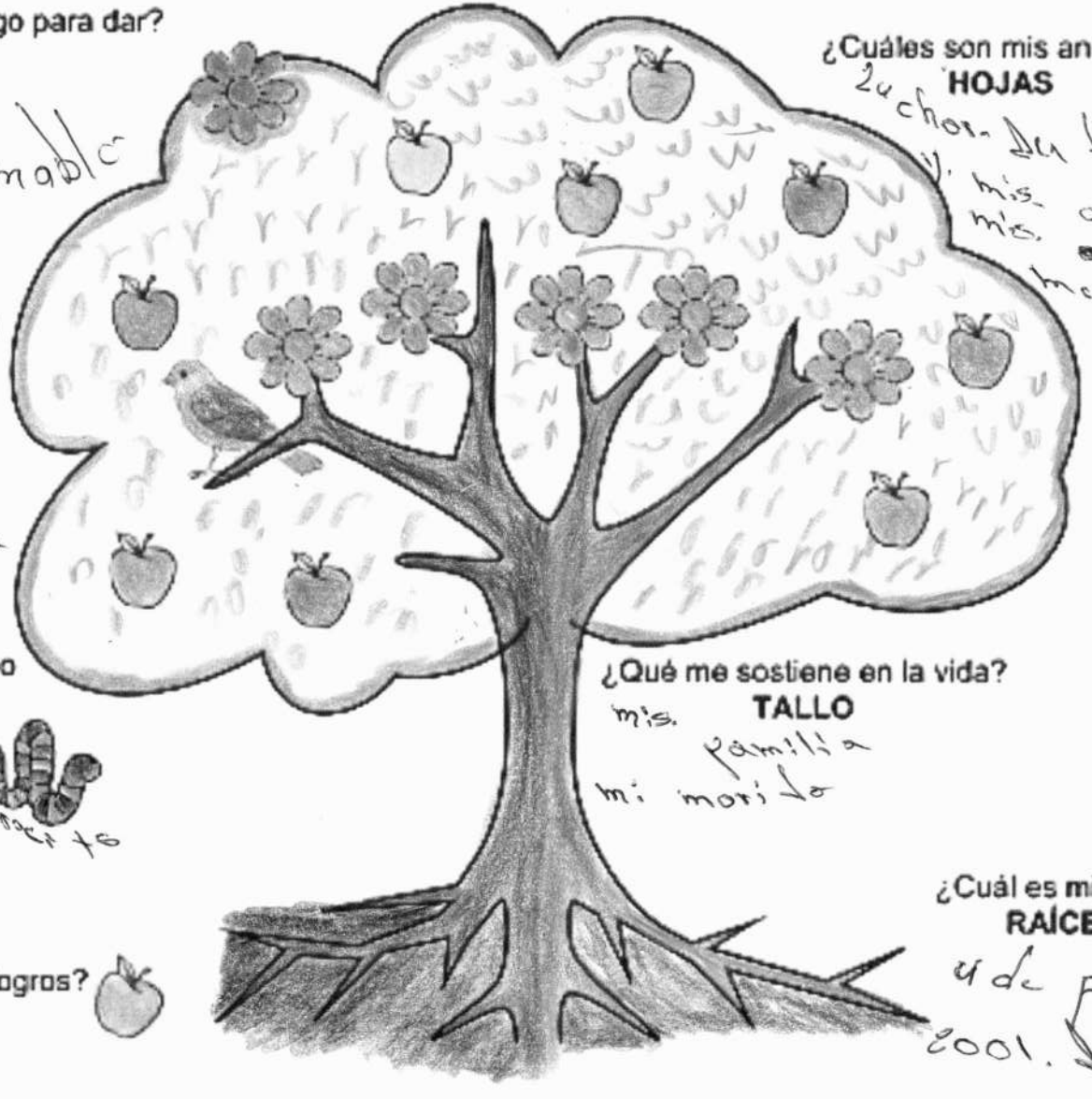
¿Cuál es mi inicio?
RAÍCES

¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS

1026

27 DE 1998.

Sony. Sofia



¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES
cariño
apoyo-
Amigo. Amable
Amista-

¿Qué personas hay en mi vida?
AVES
tiene. gente.
idea a do. amic
o. a. amors
idea a hobla

¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS
mis parasita
es. Sobeso. mis parasito
es. peliono- mis.
parasito - chicha

¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS
mis frutos.
luchar-
poliar. pol. mis dibdr.

¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS
luchar. de todos
mis. estud-
mis. este de. ebogad.
necesita bayda.

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO
mis. familia
mi. morida

¿Cuál es mi inicio?
RAÍCES
4 de febrero.
2001. de agosto.

¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES

LE alta los Regalo

Estar junto con la Familia

¿Qué personas hay en mi vida?
AVES

Amiga

Mi mamá

¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS



Ser Pelón

Ser chismosa

¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS



locre terminar mis estudio

locre seguir adelante

¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS

Ser Enfermera

Ser atris ayudar a las Persona

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO

Sala Familia amistades mari Rosa del cafe

¿Cuál es mi inicio?
RAÍCES

Uriana 9 Agosto

¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES

cariño cuidar

es cuidar

¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS

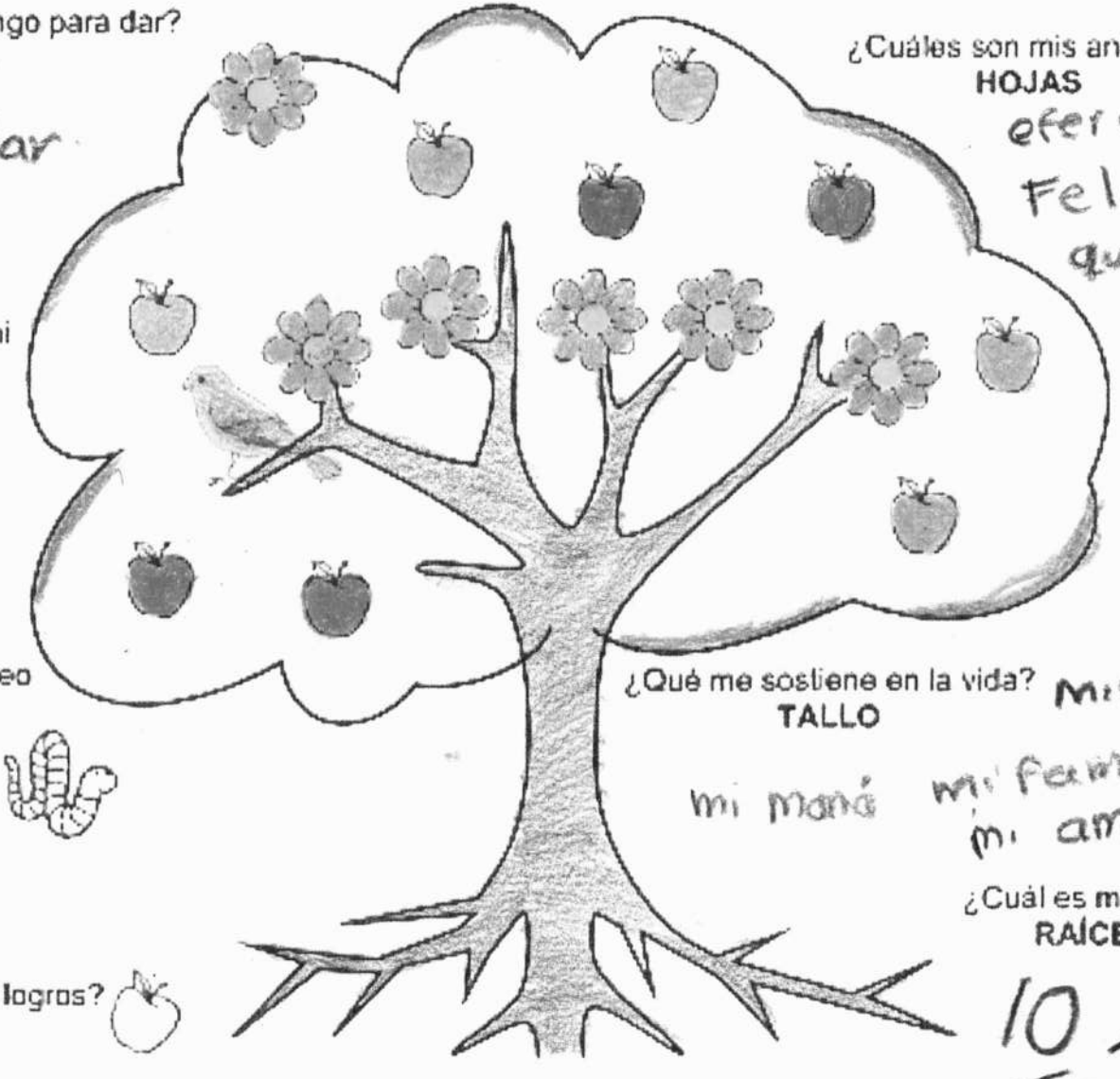
efermera

Feliz apoyar alos que lo amo

¿Qué personas hay en mi vida?
AVES

Buena cuidar

amar



¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO

mis emmanú

mi mamá mi familia

mi amigo

¿Cuál es mi inicio?
RAICES

10 Mayo

Tifanny

¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS

Ser Fuerte

Ser Valiente

apoyar

¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES

un regalo a mi sola

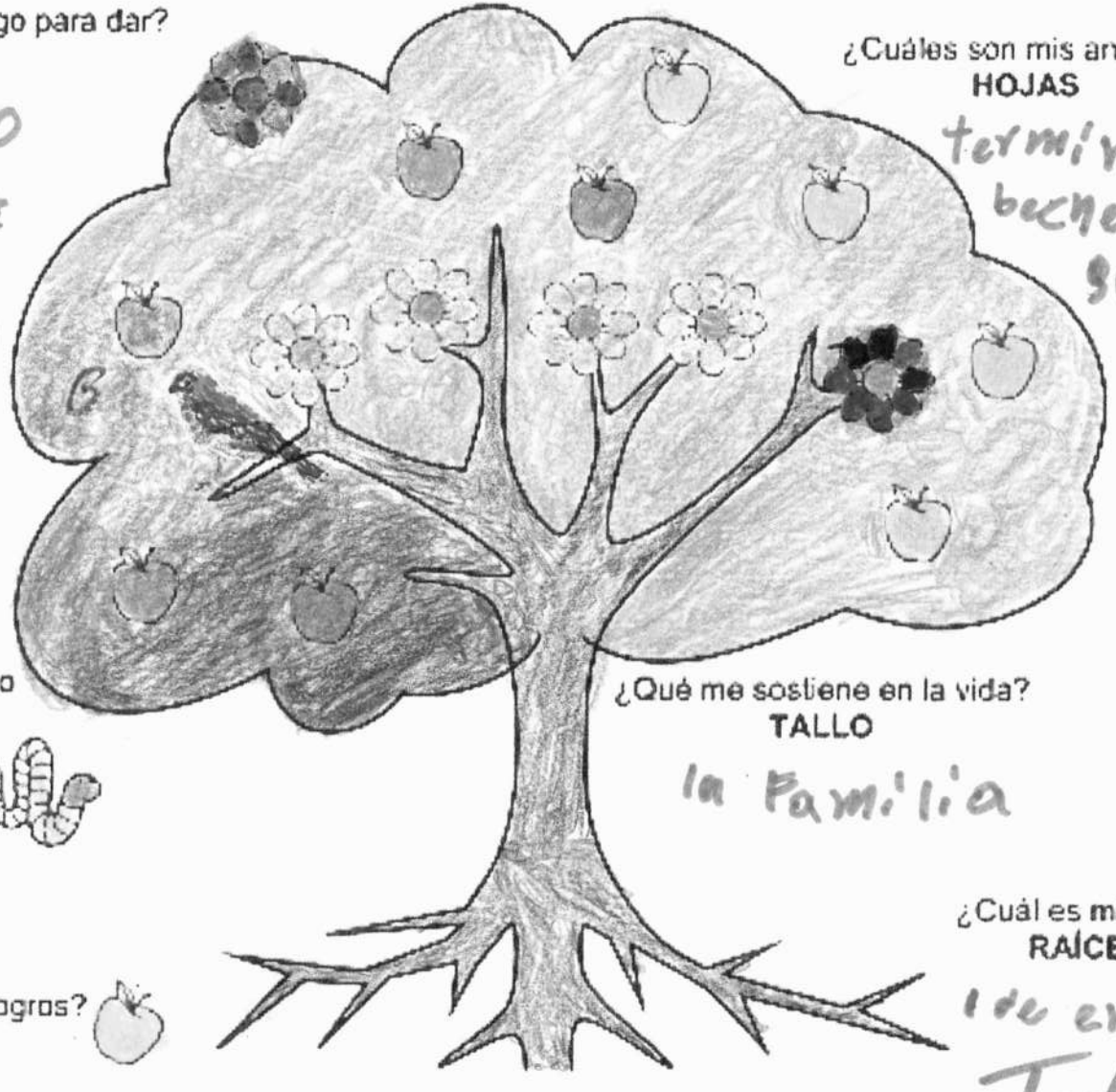
¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS

terminar bachelarato

suivo

¿Qué personas hay en mi vida?
AVES

yo siero mi Pareso



¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS

drasionera un amica

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO

la Familia

¿Cuál es mi inicio?
RAÍCES

1 de enero

¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS

Tatiana V

¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES
cuidar la bida de un
Para la sa

¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS
Ami mecusta estullar
como siembre

¿Qué personas hay en mi vida?
AVES
ami mecusta con
sesayo mi fmanle
: ermono

¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS
me siento como
Feresa

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO
Ami fues mecusta trabojar
como cembre

¿Cuál es mi inicio?
RAICES
30 de acosto
del 1999

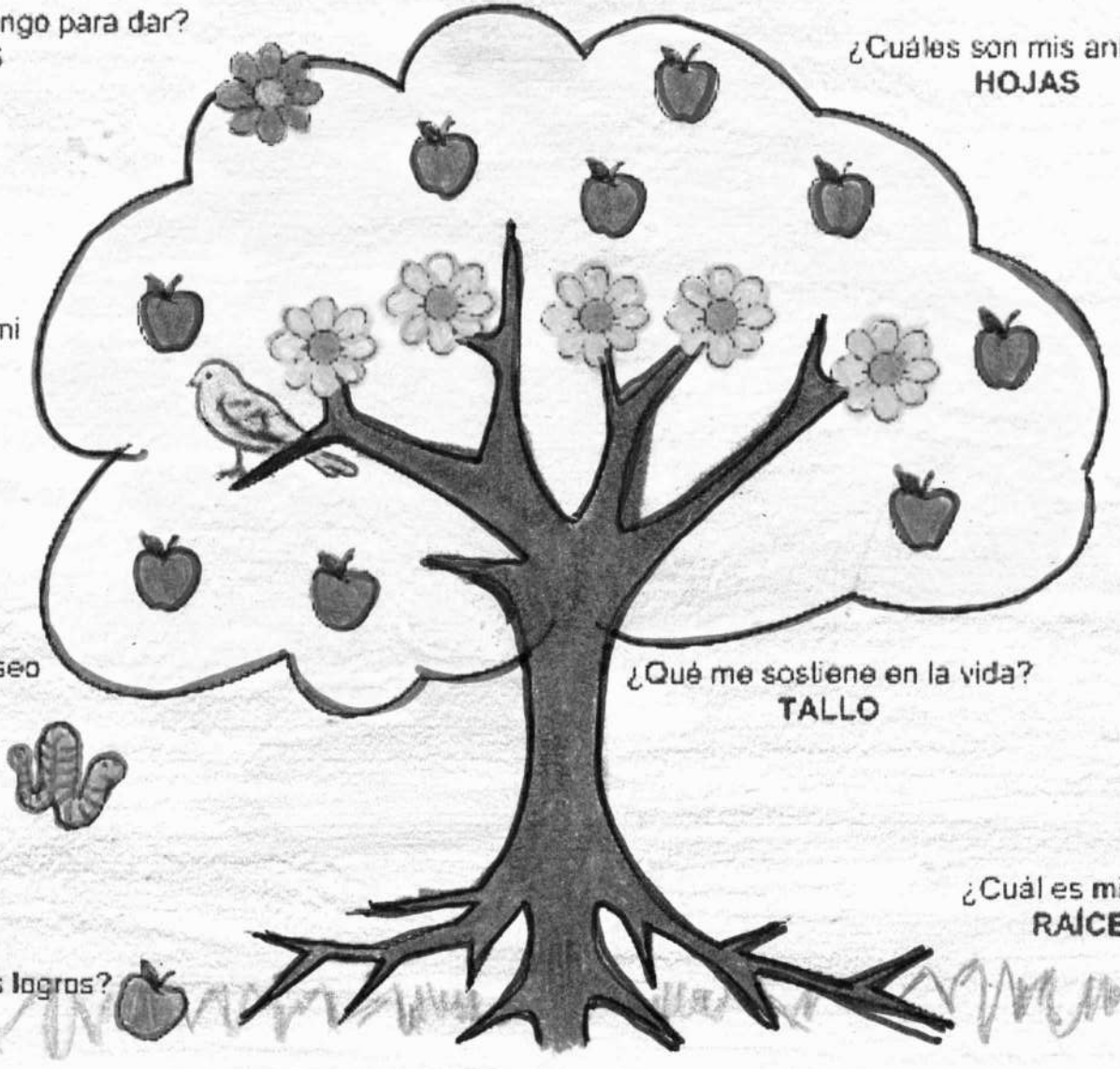
¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS
Es un locro ami mecusta
maquilla y mecusta tenar miscosa

fernanda

¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES

¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS

¿Qué personas hay en mi vida?
AVES



¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO

¿Cuál es mi inicio?
RAÍCES

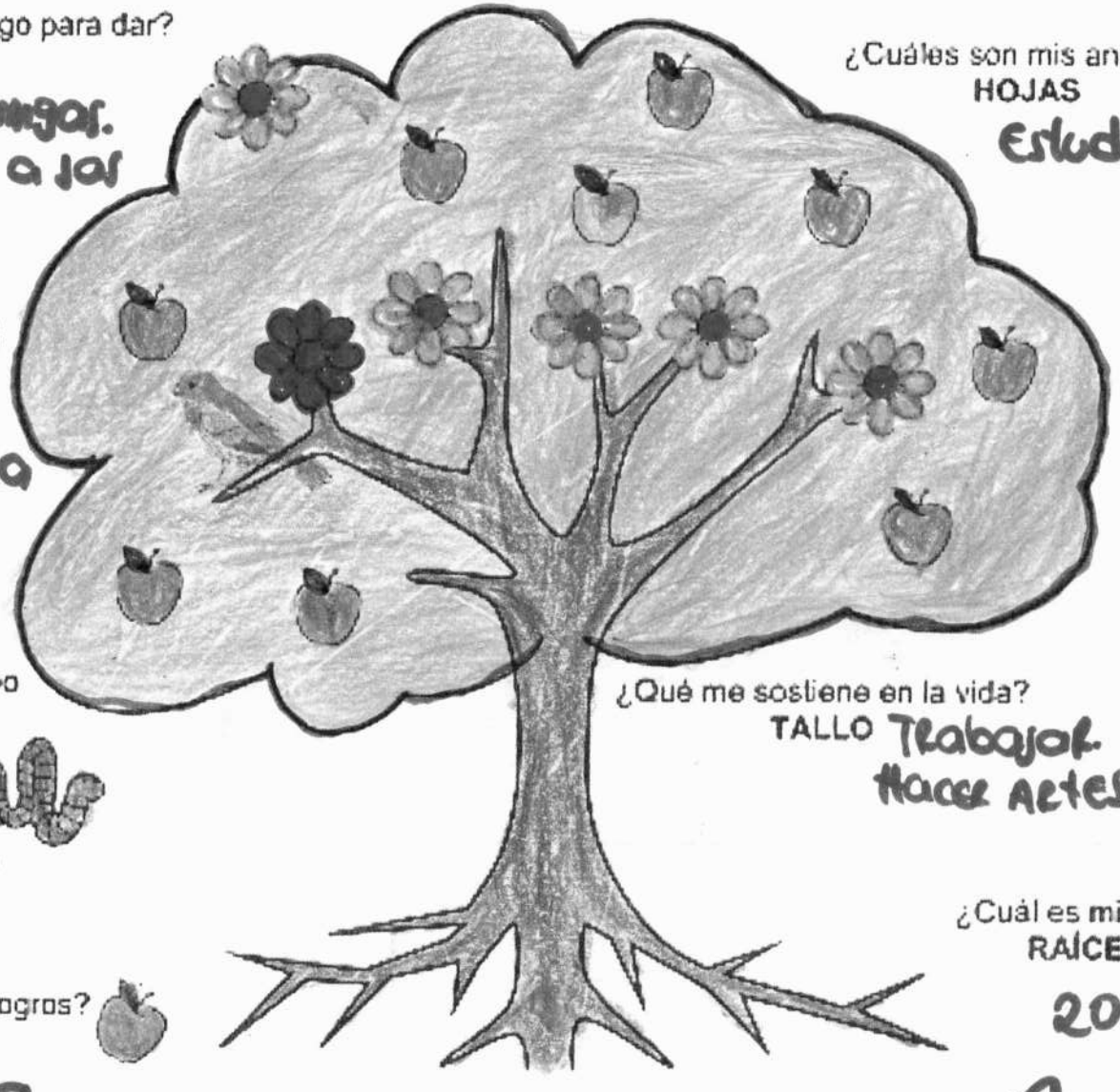
¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS

¿Qué cosas bonitas tengo para dar?
FLORES
Compartir con amigos.
Regalos, ayudas a los amigos.
consejos.

¿Qué personas hay en mi vida?
AVES
La abuela, hermana y hermano.

¿Cosas de las que deseo desprenderme?
PARÁSITOS
consancio del trabajo
Poder vivir feliz.

¿Cuáles han sido mis logros?
FRUTOS
Arreglar mi casa, pertenecer a Manos del café, vivir feliz y cumplir mis metas.



¿Cuáles son mis anhelos?
HOJAS
Estudiar.

¿Qué me sostiene en la vida?
TALLO Trabajar.
Hacer Artesanías.

¿Cuál es mi inicio?
RAÍCES 4. NOV
2006

Deisy

REUNION ACTA No. 08

Municipio-Lugar:	Santuario, Risaralda, Casa de la Cultura.
Fecha:	Septiembre 27 del 2025
Hora inicio-final	9:00 am a 11:30 am
Asunto:	Actividades obligación 5.

Personas citadas: Comunidad Mariposas del Café, equipo básico de salud (EBS 2) representado por Vianny Carolina Ochoa Valencia (Psicóloga) y Angela María Mesa Orrego (Enfermera). En la mesa de trabajo también estuvieron presentes los líderes departamentales: Daniela Roldán, del Programa de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) de Salud Mental y Dirección Local De Salud (DLS)

Asistentes: Comunidad Mariposas del Café, equipo básico de salud (EBS 2) representado por Vianny Carolina Ochoa Valencia (Psicóloga) y Angela María Mesa Orrego (Enfermera). En la mesa de trabajo también estuvieron presentes los líderes departamentales: Daniela Roldán, del Programa de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) de Salud Mental y Dirección Local De Salud (DLS).

ORDEN DEL DÍA:

1.	**Actividades previas al día de la actividad.**
2.	**Acciones iniciales y conexión.**
3.	**Actividad central: metáfora del árbol de café y abordaje de SPA.**
4.	**Resolución de dudas, retroalimentación de taller y cierre.**

Desarrollo de actividad:

1. Actividades Previas y Planeación Logística: El Equipo Básico de Salud (EBS) se enfocó en la coordinación metodológica del taller, asegurando la alineación de objetivos y la gestión eficiente de los materiales, incluyendo el recurso de PowerPoint "RECETARIO INTERCULTURAL – NUTRICION Y PLANTAS MEDICINALES" y las macetas con tierra y las semillas de plantas aromáticas y medicinales de fácil cuidado. La convocatoria de las participantes de la comunidad "MARIPOSAS DEL CAFE" se realizó mediante el cruce de bases de datos, complementada con llamadas telefónicas y la invitación formal a través del grupo colectivo de WhatsApp. Asimismo, se aseguró la invitación al programa de RBC Y DLS para garantizar su acompañamiento y seguimiento a la población por parte de la gobernación de Risaralda y alcaldía municipal.

2. Acciones Iniciales y Conexión: La sesión dio inicio con una actividad rompehielos que promovió el movimiento corporal, logrando un momento inicial de apertura y conexión grupal. Posteriormente, se realizó la presentación formal de los objetivos de la jornada, que se centraron en promover un cuidado integral y balanceado. Se ofreció un agradecimiento especial a las participantes por su asistencia. Se

enmarcó el propósito del encuentro en la necesidad de "combinar saberes", integrando el conocimiento ancestral con la nutrición moderna, para lograr un cuidado más completo que el documento define como: "comida para el cuerpo + planta para el alma y la salud".

3. Actividad Reflexiva Central: Conversatorio Intercultural sobre Nutrición y Plantas Medicinales (Sembrando Salud) La actividad central se desarrolló como un conversatorio dinámico que abordó los "Principios básicos de nutrición", destacando que el cuerpo requiere de cuatro componentes esenciales: Carbohidratos, proteínas, agua, vitaminas y minerales. El foco se movió a la sección "¿Cómo ayudan las plantas?", estableciendo que "Cada planta es como una medicina útil que puede ser de gran ayuda". Se invitó a la comunidad a compartir sus saberes ancestrales con las preguntas detonantes: "¿Qué plantas medicinales usan en su comunidad?", "¿Qué alimentos consideran más importantes para la salud y la energía?" y "¿Qué recetas tradicionales recuerdan?".

A partir de sus respuestas, se revisaron las propiedades terapéuticas y los usos de las plantas detalladas en el Recetario:

- La Hierbabuena como digestiva que alivia cólicos y gases.
- La Caléndula por sus propiedades cicatrizantes y antiinflamatorias, buena para la piel y usada en ungüentos.
- El Boldo como protector del hígado, recomendado en infusión después de comidas pesadas.
- El Toronjil como relajante, ayudando con el insomnio y la ansiedad.
- El Eucalipto para descongestionar vías respiratorias, ideal para gripe, tos y para bajar la fiebre por sudoración.
- El Jengibre que estimula defensas y mejora la circulación.

Como otras plantas aromáticas o medicinales, así como frutas o verduras consumidas por las mariposas del café en sus respectivas comunidades indígenas. El conversatorio concluyó con el mensaje de "Sembrando Salud", donde se reforzó que, al igual que el cuerpo necesita alimento y cuidado, "nuestras raíces necesitan tierra y agua". Este momento se materializó en la entrega de una maceta y semillas, sellando un pacto por la convivencia y reforzando la idea de que "Cada una se lleva una semilla de salud y vida para seguir creciendo en su camino".

4. Resolución de Dudas, Retroalimentación y Cierre: Al finalizar la jornada, se constató que no se registraron dudas por parte de las asistentes. La retroalimentación fue altamente positiva, manifestando las participantes de "Mariposas del Café" su gran agrado por la metodología empleada y reiterando la necesidad de contar con más espacios con esta temática. Se finalizo la jornada con un compartir. Logro Destacado: Se resalta la generación de un espacio de confianza y reflexión profunda sobre el cuidado integral, logrando articular efectivamente los principios de la nutrición con la utilidad de las plantas, y sellando el compromiso colectivo mediante el pacto de convivencia asociado a la siembra. Desafíos Persistentes: Se mantiene la participación limitada debido a factores externos como

la dispersión poblacional causada por la baja producción cafetera que obliga al desplazamiento, y las dificultades económicas que enfrentan para cubrir los gastos de transporte. **Anexos:** ➢ Captura de pantalla: presentación PowerPoint "Recetario Intercultural, nutrición y plantas." ➢ Registros fotográficos de Actividad 08. ➢ *Listado de asistencia de Actividad 08.*
COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1.	Continuar actividades en salud con la comunidad Mariposas del café, EBS, próximo encuentro.

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

FIRMA **Angela María Mesa Orrego**
Cargo **Enfermería PIC**

Versión. 04
Vigencia:08-2024



Anexo 1. Capturas de pantalla: presentación PowerPoint "Recetario Intercultural, nutrición y plantas.



Actividad 08. Obligación 5.
Fecha:
Ubicación: Casa de la Cultura, Santuario, Risaralda.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: 27/09/2025
Lugar: Casa de cultura
Nombre de la reunión: PIC - Mariposas del Café
Facilitador/Conferencista: Angela María Hoyos y Vianny Ochoa Valencia
Asistencia Técnica: Capacitación /Beneficiarios / Programa

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica					POBLACIÓN							DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Rrom	ROM/GITANO/RROM	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva						URBANO	RURAL		SI	NO
1	Monica Wasorna	107789 2864	24		X			X					X			X									Asmet Salud	320715 5328		Villa Otelia	Santuario		X	Monica	X	
2	Emilsen Aisama	1193281 873	26		X			X					X			X									Pijao Salud	313730 6232		El Encanto	Santuario		X	Emilse	X	
3	Veronica Tascon	100496 5237	26		X			X					X			X									Pijao Salud	321515 6121		La Estrella	Santuario	X		Veronica	X	
4	Karen Valencia	112884 6703	29		X			X					X			X									Salud Total	311729 0290		Santa Fe	Santuario	X		Karen V.	X	
5	Tifani Sofia Nengarabe	107863 7116	22		X			X					X			X									Capital Salud	312765 2789		Buenos Aires	Santuario		X	TIFANY	X	
6	Samy Sofia Enevia	109015 1288	35		X			X					X			X									Asmet Salud	324327 7375		Las Palmas	Santuario	X		Samy Sofi	X	
7	Alexandra Sintua	107817 6559	35		X			X					X			X									Nueva EPS	310830 5357		La Tribuna	Santuario		X	Alexandra	X	
8	Monica Aisama	1007214 630	31		X			X					X			X									Pijao Salud	313669 7341		La Tribuna	Santuario		X	Monica Aisama	X	
9	Kimberly Nacarave	11486 91289	13		X			X					X			X									Pijao Salud	315336 4623		Jose Maria Ochoa	Santuario	X			X	
10	Alexa Queragama	Sin datos	15		X			X					X			X									Sin datos	310066 2088		La Bamba	Santuario		X	Alexa	X	
11	Ingrit Nanquiaza	109353 4666	18		X			X					X			X									Pijao Salud	315594 9741		Jose Maria Ochoa	Santuario	X		Ingrid Jotm	X	
12	Viviana Tangama	1093186 651	17		X			X					X			X									Pijao Salud	323305 1178		Jose Maria Ochoa	Santuario	X		viviana S.	X	
13	Shayol Michel Guarave	109353 4507	19		X			X					X			X									Pijao Salud	316571 1427		Marco Fidel	Santuario	X		shayol Michel	X	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de Julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha 23/09/2025
Lugar Casa de cultura Nombre de la reunión: PIC - mariposas del cafe Facilitador/Conferencista: Angela María Mesa O. y Viamy Ochoa Valencia

Asistencia Técnica: Capacitación /Beneficiarios / Programa

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica						POBLACION								DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIONI ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Rrom	GITANO/A ROM	Negra/o	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva						URBANO	RURAL		SI	NO
1	Lady Erika Alsamca	100502 0975	25		X				X							X										Pijao salud	321514 1089		Cll 6 11-48	Santuario	X		Lady Erika	X	
2	Marisela Nengarave	109291 0186	23		X				X							X										Pijao salud	321514 8672		Cll 6 11-48	Santuario	X		marisela N	X	
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

identificacion_paciente	nombre_paciente	eps_paciente	medico_atencion	CODIGO	NOMBRE	CANT	TOTAL
1090151624	TEQUIA BANIAMA PAOLA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1133719955	NIAZA AURORA LUZ NELLY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1135184890	QUERAGAMA CHECHE ROBERTO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1147955764	TEQUIA MURRY OVIDIO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1092911588	SIAGAMA ENEVIA FERNANDA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1078176559	SINTUA MANUGAMA ALEXANDRA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1075021143	ARCE QURAGAMA MARLI	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1133614299	PEPE QUERAGAMA JAMES	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1093533769	QUERAGAMA QUERAGAMA JOSE LUIS	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1090151288	ENEVIA SIAGAMA SAMY SOFIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1128846703	VALENCIA MOÑA KAREN	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1133614285	TEQUIA QUERAGAMA PABLO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1078637116	NENGARABE DOSABIA JOSE FERNEY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1135184593	BUKAMA ESTEVEZ KAREN JIMENA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1092910186	NENGARABE NENGARABE EDUARDO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1193281873	AISAMA TASCON EMILSEN	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1148691289	NACAVERA JIUPA DIEGO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1093186651	TANIGAMA SIAGAMA YEFERSON	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1078177690	QUEREGAMA EVAO FERMIN	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
1032102529	TUABES TEQUIA TATIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	VIANNY CAROLINA VALENCIA OCHOA	I30002	SESION DE GRUPO DE APOYO	1	274423
TOTAL						20	5488460

identificacion_paciente	nombre_paciente	eps_paciente	medico_atencion	CODIGO	NOMBRE	CANT	TOTAL
1090151624	TEQUIA BANIAMA PAOLA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1133719955	NIAZA AURORA LUZ NELLY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1135184890	QUERAGAMA CHECHE ROBERTO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1147955764	TEQUIA MURRY OVIDIO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1092911588	SIAGAMA ENEVIA FERNANDA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1078176559	SINTUA MANUGAMA ALEXANDRA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1075021143	ARCE QURAGAMA MARLI	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1133614299	PEPE QUERAGAMA JAMES	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1093533769	QUERAGAMA QUERAGAMA JOSE LUIS	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1090151288	ENEVIA SIAGAMA SAMY SOFIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1128846703	VALENCIA MOÑA KAREN	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1133614285	TEQUIA QUERAGAMA PABLO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1078637116	NENGARABE DOSABIA JOSE FERNEY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1135184593	BUKAMA ESTEVEZ KAREN JIMENA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1092910186	NENGARABE NENGARABE EDUARDO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1193281873	AISAMA TASCON EMILSEN	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1148691289	NACAVERA JIUPA DIEGO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1093186651	TANIGAMA SIAGAMA YEFERSON	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1078177690	QUEREGAMA EVAO DIANA LORENA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
1032102529	TUABES TEQUIA TATIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30002	SESION GRUPO DE APOYO	1	243264
TOTAL						20	4865280

identificacion_paciente	nombre_paciente	eps_paciente	medico_atencion	CODIGO	NOMBRE	CANT	TOTAL
1032102529	TUABES TEQUIA TATIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30001	CARACTERIZACION DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR	1	274423
1092911588	SIAGAMA ENEVIA FERNANDA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30001	CARACTERIZACION DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR	1	274423
1078176559	SINTUA MANUGAMA ALEXANDRA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30001	CARACTERIZACION DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR	1	274423
1090151624	TEQUIA BANIAMA PAOLA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30001	CARACTERIZACION DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR	1	274423
1075021143	ARCE QURAGAMA MARLI	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30001	CARACTERIZACION DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR	1	274423
1133719955	NIAZA AURORA LUZ NELLY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30001	CARACTERIZACION DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR	1	274423
1078637116	NENGARABE DOSABIA JOSE FERNEY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30001	CARACTERIZACION DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR	1	274423
1004965237	TASCON SIAGAMA VERONICA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	ANGELA MARIA MESA ORREGO	I30001	CARACTERIZACION DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR	1	274423
TOTAL						8	2195384

OBLIGACIÒN 6

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARÍA DE SALUD GESTIÓN SALUD PÚBLICA ACTA DE REUNIÓN
Versión: 3	Vigencia: 09-2010

OBLIGACIÓN #6

Territorialización: territorio 1, microterritorio 1,2, y territorio 2, microterritorio 1,2,3.
Informe: 2. Periodo 1 de agosto a 30 de septiembre.
EBS: EBS 6: Psicólogo y auxiliar de enfermería.
Responsables: Vianny Carolina Ochoa Valencia y Angie Viviana Salazar Pasaje.

DESARROLLO

Descripción de la obligación: Desarrollar una estrategia de educación y comunicación para la salud en el entorno comunitario de la zona rural y urbana del municipio: para el abordaje integral de la violencia intrafamiliar, mediante la realización de N° 52 sesiones tipo taller, performance o juego de roles, con una duración de 60 minutos cada sesión en identificación de los factores de riesgo en salud mental y violencias, primeros auxilios psicológicos y promoción de factores protectores en Salud Mental. Esta actividad incluye, canalización y seguimiento en la Ruta de atención de salud mental de las personas identificadas en la estrategia realizada. Duración: 1 hora por actividad en zona urbana, 1,3 horas por actividad en zona rural Producto: Actas de planeación, listas de asistencia, actas de sesiones con registro fotográfico, encuestas pre y post actividad. Encuesta final. RIPS con el código CUPS I11103

Planeación de ejecución: Tras el envío y la entrega de cartas a las entidades, empresas, asociaciones y líderes del municipio, las actividades se realizan de acuerdo con la demanda y oferta de los espacios otorgados por cada instituciones, asociaciones o comunidad. Se ha procurado seguir la planeación establecida en el Acta 1, y se espera dar seguimiento a los compromisos después de la entrega del informe. Es así como, durante los meses de agosto, se han llevado a cabo 13 actividades de educación y salud en el entorno comunitario, buscando acoger a diferentes grupos poblacionales y etarios, especialmente a mujeres del territorio 1, microterritorio 1,2, y territorio 2, microterritorio 1,2,3.

Desarrollo en el periodo reportado (Resumen):

Actividad 18. En la zona urbana, se desarrolla taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1 hora, a 11 mujeres usuarias del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) en la sede principal del programa.

Actividad 19. En la zona rural se llevó a cabo a taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1.3 horas, a 14 usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) en la sede de La Bamba.

Actividad 20. En la zona rural se llevó a cabo a taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1.3 horas, a 14 mujeres usuarias del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) en la sede del Corregimiento de Peralonso.

Actividad 21. En la zona rural se llevó a cabo a taller "Palabras que construyen: el arte de comunicarte", con una duración de 1.3 horas, a 13 mujeres de la comunidad de la vereda La Marina del sector El Rosal.

Actividad 22. En la zona urbana, se desarrolla taller de 'Construyendo mi Botiquín Emocional: El Poder de Sentir' con una duración de 1 hora, a 10 funcionarios de la Empresa de Servicios Públicos de Santuario en la sede principal en el centro del municipio.

Actividad 23. En la zona urbana, se despliega taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1 hora, a 12 funcionarios del programa "De Cero a Siempre" en la sede principal del programa.

Actividad 24. En la zona rural se desarrolló taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1.3 horas, a 12 mujeres de la comunidad de la vereda La Marina del sector El Rosal.

Actividad 25. En la zona rural se llevó a cabo a taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1.3 horas, a 11 usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) en la sede de Playa Rica.

Actividad 26. En la zona rural se llevó a cabo a taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1.3 horas, a 16 usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) en la sede de La Marina.

Actividad 27. En la zona rural se llevó a cabo a taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1.3 horas, a 12 mujeres usuarias del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) de la sede de La Alta Esmeralda.

Actividad 28. En la zona rural se llevó a cabo a taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1.3 horas, a 11 mujeres usuarias del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) de la sede de La Marina.

Actividad 29. En la zona urbana, se desarrolla taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1 hora, a 12 personas usuarias del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) en la sede principal.

Actividad 30. En la zona rural se llevó a cabo a taller de primeros auxilios psicológicos (PAP), con una duración de 1.3 horas, a 11 mujeres usuarias del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) de la sede de El Brillante.

Relación de las actividades realizadas:

- **Planeación con instituciones, asociaciones y comunidades del municipio,** Acta 1.
- **Ejecución de actividades,** desde el Acta 18 a Acta 30. Cada acta de actividad cuenta con sus respectivos anexos (registros fotográficos, listados de asistencia, encuestas pre y post actividad para cada participante, y material educativo, volantes o diapositivas) junto con la carpeta de fotografías.
- **Ejecución de informe ejecutivo II,** documento actual.

CONCLUSIONES

Durante el periodo del informe, se ejecutaron 13 actividades correspondientes a la Obligación #6, con una distribución de 4 sesiones en el área urbana y 9 en el área rural. La estrategia logró impactar a un total de 159 personas, de las cuales la mayoría fueron mujeres (148), frente a 11 hombres. En términos de focalización, 44 participantes residen en la zona urbana y 115 en la zona rural. La población atendida fue predominantemente mestiza (148), incluyendo la participación de nueve personas de etnia indígena, dos de etnia afrocolombiana,

tres personas con discapacidad, doce víctimas del conflicto armado, once migrantes y una mujer madre cabeza de hogar.

Logros e Impacto de la Intervención (Resultados Positivos): Entre los logros clave de la intervención, se destaca la efectiva sensibilización de la comunidad en la temática de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), enfocándose en el acompañamiento a personas (especialmente mujeres) que atraviesan crisis emocionales, proporcionando herramientas de comprensión y apoyo. Adicionalmente, se logró una comprensión clara de las rutas de atención en salud mental y violencias de género, así como de los dispositivos comunitarios y departamentales disponibles. Durante el mes, también se realizó sensibilización en la temática de prevención del suicidio (reconocimiento de señales y síntomas de alarma) y se trabajó con algunas comunidades en el acercamiento a la comunicación asertiva y la gestión emocional.

Desafíos y Dificultades Encontradas: Sin embargo, se evidenciaron importantes desafíos durante el desarrollo de algunas actividades. Principalmente, algunos grupos se mostraron dispersos debido a la necesidad de cuidado de sus hijos durante la sesión, lo que generó interrupciones y cansancio. Ante esta realidad, se ajustó la metodología, cambiando la dinámica principal por la dramatización de casos, buscando una metodología más participativa y efectiva para captar la atención. Otros desafíos identificados fueron las condiciones climáticas y la baja participación o interés de las instituciones y empresas en la articulación, aunque se espera retomar el seguimiento para concretar nuevas alianzas. Finalmente, se reconoce la falta de avance en el cumplimiento del volumen total de metas del PIC para este informe de acuerdo a la oferta y demanda de la comunidad y la necesidad de contar con un proyector o videobeam por parte del programa para un mejor apoyo visual en las futuras sesiones.

COMPROMISOS: DURANTE LA ACTIVIDAD SE ADQUIERE EL DE COMPROMISO.

Que	Quien	Cuando
Dar seguimiento a planeación establecida en Acta 1. Realizar seguimiento alianzas o contactar nuevas comunidades o instituciones.	EBS 6: Psicólogo y auxiliar de enfermería.	Durante el mes de Octubre

Realizado por:

Nombre: Vianny Carolina Ochoa Valencia

Firma: Vianny Carolina Ochoa V.

Cargo: Psicóloga PIC

Nombre: Angie Viviana Salazar Pasaje.

Firma: Angie Salazar.

Cargo: Auxiliar de enfermería PIC

REUNION ACTA No. 1

Municipio-Lugar:	Santuario, Risaralda
Fecha:	02 de agosto de 2025
Hora inicio-final	9:00 am a 10:00 am
Asunto:	Planeación actividades obligación 6.
Personas citadas: EBS 6: Psicólogo y auxiliar de enfermería.	
Asistentes: EBS 6: Psicólogo y auxiliar de enfermería.	
ORDEN DEL DÍA:	
1.	**Revisión de avances y cumplimiento.**
2.	**Actividades de planeación para agosto y septiembre.**
3.	**Acuerdo de Modificación y Aprobación del Nuevo Cronograma.**
4.	**Compromisos.**

Planificar las acciones a desarrollar durante los meses de agosto y septiembre para la entrega del Informe II, basándose en la revisión de los acuerdos iniciales y la aprobación de un ajuste en el cronograma.

1. Revisión de avances y cumplimiento: Se procede a revisar el cumplimiento de las metas y compromisos establecidos en la Acta de Planeación 0 de la Obligación 6 del Plan de Intervenciones Colectivas. Se confirma el cumplimiento total de los compromisos con fecha límite en julio:

- **Revisión de planeación:** El Equipo Básico de Salud (EBS) realizó exitosamente la revisión de la planeación, garantizando la continuidad de las acciones mensuales.
- **Anexos:** El EBS anexó las actas requeridas al documento de planeación (Acta 0), consolidando la documentación hasta la fecha de julio. Se proyecta incluir nuevas actas y evidencias de alianzas hasta el mes de septiembre para la entrega del segundo informe en esta acta 1. de ser necesario.
- **Gestión de alianzas y avance de sesiones:** El equipo completó la identificación de contactos y la ejecución y entrega de las cartas de solicitud a las entidades y organizaciones priorizadas. Producto de esta gestión, a la fecha, se han realizado 17 actividades de los 52 totales, distribuidas en 10 sesiones urbanas y 7 rurales.

1.1. Distribución de roles y tareas (refuerzo logístico): Se reafirman los roles y tareas asignados en la planeación inicial para asegurar la fluidez en la ejecución y la respuesta a las nuevas gestiones:

Rol	Responsable	Tareas Clave
Psicóloga	Vianny Carolina	Liderazgo en el contenido, talleres, detección y remisión de casos.
Auxiliar de Enfermería	Angie Viviana	Gestión de listados, encuestas y registros fotográficos.
	Equipo o EBS	Soporte clave en la gestión logística, comunicaciones (cartas, llamadas, WhatsApp) y la identificación continua de nuevos contactos y redes.

2. Actividades de planeación para agosto y septiembre: Se reconoce la dificultad en establecer una comunicación efectiva y recurrente con varias instituciones, asociaciones y comunidades, a pesar de los esfuerzos realizados de manera presencial y virtual. Por lo tanto, la planificación para estos meses se centrará en:

- **Continuidad y Profundización:** Se priorizará el trabajo con el programa "De 0 a Siempre" para completar el primer momento de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP).
- **Refuerzo Comunitario:** Se continuará la ejecución de acciones focalizadas en las comunidades de La Marina y El Rosal, dándole seguimiento a las alianzas ya establecidas y garantizando la continuidad de la intervención en estas zonas.
- **Gestión de Alianzas:** El EBS mantendrá los esfuerzos para entablar o intentar relaciones con las instituciones, asociaciones y otros actores clave pendientes, bajo el nuevo modelo de trabajo a demanda y oferta (Ver punto 3).

3. Acuerdo de modificación y aprobación del nuevo cronograma: Se expone que la meta inicial de 13 actividades por mes resultó ser inalcanzable durante la ejecución del primer informe, debido a la baja disponibilidad poblacional y las dificultades logísticas inherentes al territorio. Por tal razón, se acuerda la siguiente modificación estratégica para optimizar los recursos y tiempos:

- **Modelo de Ejecución:** La planeación pasa de un modelo de meta fija (13 actividades/mes) a un modelo de ejecución a demanda y oferta, manteniendo el enfoque en la calidad de las intervenciones.
- **Compromiso de Gestión:** Se ratifica el compromiso de continuar entablando relaciones con las instituciones.
- **Gestión de Logística:** Se establece que se entregará un cronograma mensual detallado a la coordinadora del programa para la gestión oportuna del transporte requerido.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Elaboración del Cronograma Mensual a inicio de mes a cargo de la Psicóloga (Vianny Carolina), para ser entregado a finales de julio (o inicio de agosto)
2.	Ejecución de Actividades Priorizadas: A cargo de la Psicóloga y Auxiliar de Enfermería, de manera continua durante agosto y septiembre (enfocado en "De 0 a Siempre" y Comunidades La Mariana/El Rosal).
3.	Intensificación de Gestión de Alianzas: A cargo del Equipo o EBS, de forma continua durante agosto y septiembre (contacto con instituciones pendientes)
4.	Consolidación de Actas y Evidencias: A cargo del EBS / Auxiliar de Enfermería (Angie Viviana), de forma continua hasta la fecha de entrega del Informe II.

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

Versión. 04
Vigencia:08-2024

REUNION ACTA No. 18

Municipio-Lugar:	Centro-Calle 7 # 4-07, Auditorio de 0 a Siempre, sede principal.
Zona:	Urbana
Fecha:	19-08-2025
Hora inicio-final	1:00 pm a 2:00 pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA).
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA).

ORDEN DEL DÍA:

1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Juego ¿Quién quiere ser millonario? Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el objetivo de establecer una sólida red de apoyo en temas de salud mental y prevención de violencias, se procedió a solicitar espacios a las entidades de la comunidad, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción que se realizó fue la redacción de una carta dirigida al programa "De 0 a Siempre" con la coordinación de Jesús Alberto Ospino (documento anexado en obligación 6, Informe 1.) conformada principalmente por mujeres. De esta manera, se buscó ejecutar una estrategia de educación y comunicación en salud. Para la planeación de la actividad, se gestionó un espacio en la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Pequeño Mundo de Amor 1". Se procedió con la gestión de la logística (lugar, horario, materiales) y a modificar material educativo para la actividad PAP ¿Quién quiere ser millonario? (Anexo 1).

2. Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP). La actividad dio inicio en la sede principal del programa. En este espacio, la docente Omaira Palacios Valencia inicio con actividad rompehielos para dinamizar la actividad con una ronda infantil para mover el cuerpo además proporciono el calendario de la tarde. Es así, como se da espacio al programa PIC, tras lo cual la actividad comenzó

con una presentación a cargo del profesional en psicología del PIC, la cual se centró en el tema de los "Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad", iniciando con una actividad de palabra encadenada.

3. Conceptualización de los PAP

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva:

-Observar: Prestar atención a la situación general de la persona para identificar peligros inmediatos, necesidades básicas urgentes o signos de angustia severa.

-Escuchar: Acercarse con calma, pedir permiso para ayudar y escuchar activamente, sin juzgar ni dar consejos. Se debe permitir que la persona exprese libremente sus sentimientos y validar su experiencia.

-Conectar: Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas, acceder a servicios de apoyo y conectarla con sus seres queridos. Es fundamental proporcionar información precisa y útil.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Juego ¿Quién quiere ser millonario?: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizaron tres casos de estudio con el juego quien quiere ser millonario:

- Caso 1: "El susurro del maltrato":

- Caso 2: "El Loco de la vereda":
- Caso 3: "El niño de la vecina"

Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre: La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho". Para complementar esta información, se proporcionaron rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave.

El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema.

Anexos:

- **Registros fotográficos de Actividad 18.**
- **Listado de asistencia de Actividad 18.**
- **Material Educativo ¿Quién quiere ser millonario?**
- **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

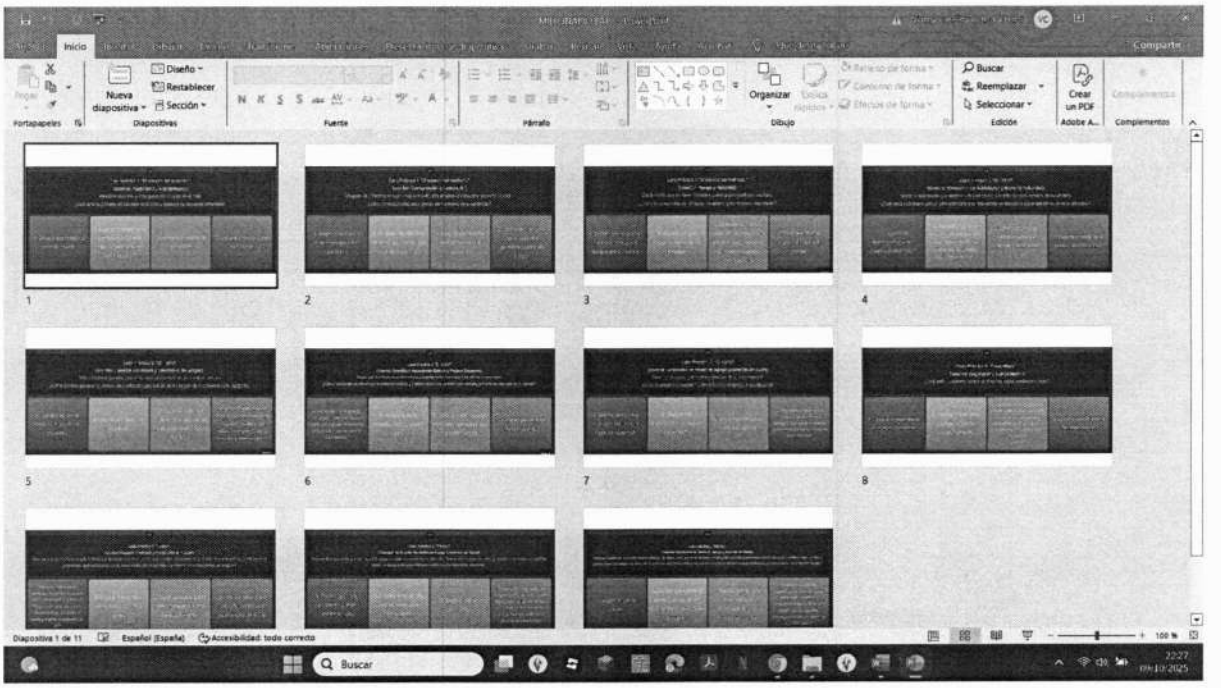
FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

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

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Actividad 18. Obligación 6.
Fecha: 19 de agosto de 2025
Ubicación: Centro, sede principal programa de O a siempre.



Anexo 1. ¿Quién quiere ser millonario?

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: 19-08-2025
Lugar: Centro - Nombre de la reunión: Act 6. PAP
Facilitador/Conferencista: Alexandra Carolina Ochoa V. y Angie Salazar.
Asistencia Técnica: ____ Capacitación: X /Beneficiarios: ____ / Programa: ____

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica					POBLACIÓN								DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO/ROM	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva					URBANO	RURAL		SI	NO
1	Mercedes Salazar Vargas	26542118	67	X									X												ICBF	3166020253	----	Barrio Popular	Santuario	X		Mercedes	X	
2	Migdaly Jaramillo Cano Viera	846792	42	X									X					X							ICBF	3113440115	----	Barrio San José	Santuario	X		Migdaly Ejiz	✓	
3	Valentina Campiño Rendón	1017272208	26	X									X												ICBF	3127844688	----	Barrio Nuevo Fidel Suarez	Santuario	X		Valentina C	X	
4	Yoré Wicky Osuna Goyeneche	1090150939	26	X									X	X											ICBF	3137131229	----	Barrio Nuevo Fidel Suarez	Santuario	X		Vicky V	X	
5	Camila Valencia Ramos	1004794681	25	X									X												ICBF	3215409656	----	Barrio la Estrella	Santuario	X		Camila Ramos	X	
6	Viviana Milena Ballesteros Restrepo	1090150156	30	X									X	X											ICBF	3148585908	----	Barrio Kennedy	Santuario	X		Viviana Ballesteros	X	
7	Gladis Valencia de Echeano	25193148	65	X									X												ICBF	3117256250	----	Barrio Pueblo Nuevo	Santuario	X		Gladis V	X	
8	Eliana Andrea Acevedo Rojas	42825868	45	X									X	X											ICBF	3104523395	----	Barrio Pueblo Nuevo	Santuario	X		Eliana Acevedo	X	
9	Randy Candelario Bravo Rodriguez	1014281042	28		X								X	X											ICBF	3205509026	----	Barrio San José	Santuario	X		Randy Bravo	X	
10	Omaira Palacio Valencia	1077449400	34	X						X															ICBF	3123867198	----	Barrio Santander	Santuario	X		Omaira P.V.	X	
11	Estella Lizcano Cardenas	1007807745	28	X									X												ICBF	3146792714	----	Barrio Kennedy	Santuario	X		Estella	X	
12																																	
13																																	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-03-2025, Centro
Nombre del capacitado (opcional): Moreno Salazar
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Diana Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025, Centro
Nombre del capacitado (opcional): Migloby Esis
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yanny Cortina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025, Centro
Nombre del capacitado (opcional): Valentina Campiño
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Diana y Carolina, Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025, Centro
Nombre del capacitado (opcional): Vicky Ospina
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-09-2025, Centro
Nombre del capacitado (opcional): Camila Valencia.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-03-2025, Centro
Nombre del capacitado (opcional): Viviana, Callejeros
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yhanny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025, Centro
Nombre del capacitado (opcional): Estado de Gestación
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Dianny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025 / Centro.
Nombre del capacitado (opcional): Elena Acevedo
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-03-2025, Centro
Nombre del capacitado (opcional): Yenny Bravo
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025, Centro
Nombre del capacitado (opcional): Omaira Palacio
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nanny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-09-2025 / Centro.
Nombre del capacitado (opcional): Estella Lizcano.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Wonny Cowlin Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

REUNION ACTA No. 19

Municipio-Lugar:	Vereda La Bamba, comedor comunitario.
Zona:	Rural
Fecha:	19-08-2025
Hora inicio-final	3:00 pm a 4:30 pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA).
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA).

ORDEN DEL DÍA:

1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Juego ¿Quién quiere ser millonario? Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el objetivo de establecer una sólida red de apoyo en temas de salud mental y prevención de violencias, se procedió a solicitar espacios a las entidades de la comunidad, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción que se realizó fue la redacción de una carta dirigida al programa "De 0 a Siempre" con la coordinación de Jesús Alberto Ospino (documento anexado en obligación 6, Informe 1.) conformada principalmente por mujeres. De esta manera, se buscó ejecutar una estrategia de educación y comunicación en salud. Para la planeación de la actividad, se gestionó un espacio en la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Pequeño Mundo de Amor 1". Se procedió con la gestión de la logística (lugar, horario, materiales).

2. Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP). La actividad dio inicio en una de las sedes rurales del programa. En este espacio, la docente QUERLI VANESA LOPEZ CASTAÑO inicio con actividad rompehielos para dinamizar la actividad con una ronda infantil con pitas para mover el cuerpo además proporciono el calendario de la tarde. Es así, como se da espacio al programa PIC, tras lo cual la

actividad comenzó con una presentación a cargo del profesional en psicología del PIC, la cual se centró en el tema de los "Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad", iniciando con una actividad de palabra encadenada.

3. Conceptualización de los PAP

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva:

-Observar: Prestar atención a la situación general de la persona para identificar peligros inmediatos, necesidades básicas urgentes o signos de angustia severa.

-Escuchar: Acercarse con calma, pedir permiso para ayudar y escuchar activamente, sin juzgar ni dar consejos. Se debe permitir que la persona exprese libremente sus sentimientos y validar su experiencia.

-Conectar: Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas, acceder a servicios de apoyo y conectarla con sus seres queridos. Es fundamental proporcionar información precisa y útil.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Juego de roles: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizaron tres casos de estudio con el juego quien quiere ser millonario:

- Caso 1: "El susurro del maltrato":

- Caso 2: "El Loco de la vereda":
- Caso 3: "El niño de la vecina"

Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre: La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho". Para complementar esta información, se proporcionaron rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave.

El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema.

Anexos:

- **Registros fotográficos de Actividad 19.**
- **Listado de asistencia de Actividad 19.**
- **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

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

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Actividad 19. Obligación 6.
Fecha: 19 de agosto de 2025
Ubicación: Vereda La Bamba, comedor comunitario.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: 19-08-2025
Lugar: Vereda La Bamba
Nombre de la reunión: Act 6. PAP
Facilitador/Conferencista: Manny Carolina Ochoa V. & Angie Sabier
Asistencia Técnica: ____ Capacitacion: X /Beneficiarios: ____ / Programa: ____

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Etnica					POBLACION								DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACION/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO ROM	Ninguna	Victima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva					URBANO	RURAL		SI	NO
1	Daniela Cano Naranjo	1093558019	21		X								X												Vereda Pueblo Nuevo	321571 4515	———	Vereda Pueblo Nuevo	Santuario		X	Daniela Cano	X	
2	Elizabeth Cardona del Corral	PPP 6741269	28		X								X					X								Barrio Manuel Fidel	318066 8486	———	Barrio Manuel Fidel	Santuario	X		Elizabeth	X	
3	Maria Encarnación Serrano Torres	72160641	50		X								X					X								Barrio La Palma	313661 039	———	Barrio La Palma	Santuario	X		[illegible]	X	
4	Leidianez Stagom Cascarney	1093558271	20		X				X				X	X												Vereda Oro Frio	31457 33612	———	Vereda Oro Frio	Santuario		X	Leidianez	X	
5	Erlinda Magnolia Bryan	1093536139	22		X								X													Vereda Bg. Bonito	313537 5552	———	Vereda Bg. Bonito	Santuario	/	X	Erlinda	X	
6	Yaneth Montoya [illegible]	1131044301	29		X				X																	Vereda Caminos	312783 5300	———	Vereda Caminos	Santuario		X	YANETH	X	
7	Ireneo Suarez	1005044036	30		X								X												X	Vereda Cristino	323400 9819	———	Vereda Cristino	Santuario		X	Ireneo	X	
8	Jairo Ortego Tamayo	4589169	60	X									X													Vereda La Danta	311343 4778	———	Vereda La Danta	Santuario		X	Jairo Ortego T	X	
9	Lady Alexandra Galvez Zapata	1093558241	20		X								X													Vereda La Danta	310470 5172	———	Vereda La Danta	Santuario		X	Lady Galvis	X	
10	Maria Ludivia Alvarez Giraldo	1040150145	30		X								X	X												Vereda La Cristalina	311350 5738	———	Vereda La Cristalina	Santuario		X	Ludivia Alvarez	X	
11	Nayol Dahiana Henao Garcia	1007372263	25		X								X													Vereda La Cristalina	313771 0101	———	Vereda La Cristalina	Santuario		X	[illegible]	X	
12	Luis Yarley Charry Hernandez	1075255 952	33		X								X													Vereda La Unión	314270 9369	———	Vereda La Unión	Santuario		X	Luis Charry	X	
13	Yesica Galeano Valencia	1004794 539	23		X								X													Vereda Peñas Blancas	312769 4257	———	Vereda Peñas Blancas	Santuario		X	Yesica Galeano	X	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha _____

Lugar: _____ Nombre de la reunion: _____ Facilitador/Conferencista: _____

Asistencia Tecnica: _____ Capacitación _____ /Beneficiarios _____ / Programa _____

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	Edad	Se reconoce como:					Informacion Etnica						POBLACION								DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACION/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indigena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO(RO)I	Ninguna	Victima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva						URBANO	RURAL		SI	NO
1	Geraldin Correa Osorio	1061626634	15	X									X												Ref Q Siempre	3223824335	———	Bernals Alma	Santuario		X	Geraldin	X	
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8																																		
9																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025 / Nororiental Bank.
Nombre del capacitado (opcional): Daniela Cano
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025 / Vereda la Bonita
Nombre del capacitado (opcional): Eli Johana Cardenas
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025 / Vereda La Bamba
Nombre del capacitado (opcional): Monit. Enfermeros Sanitarios
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nianny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-09-2025, Vereda la Bonita
Nombre del capacitado (opcional): Sra Ilenay Sicagama
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Carolina Ochoa Valencia
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025, Vereda la Bomba
Nombre del capacitado (opcional): Erlinda Negrisorama
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yianny Cortes Ochoa N.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025, Vereda la Bamba
Nombre del capacitado (opcional): Janeth Mora
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-09-2025, Vereda La Bomba
Nombre del capacitado (opcional): Irene Suarez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Carolina Ochoa Valencia
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025, Vereda la Bomba
Nombre del capacitado (opcional): Jairo Ortega Tamayo
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yhonny Carolina Ochoa Valencia
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025 / Navarda la Banda
Nombre del capacitado (opcional): Sydny Alexandra Galviz
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Wanny Carolina Ochoa Valencia
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025 Vereda la Bonita
Nombre del capacitado (opcional): Monica Lucia Alvarez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viviana Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-03-2025 / Vereda La Danta
Nombre del capacitado (opcional): Karol Adriana Henao
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Wiannay Carolina Ochoa Valencia
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025 Vereda La Bonita.
Nombre del capacitado (opcional): Lis Yaneth Chaverra H.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viviana Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025, Vereda la Bamba
Nombre del capacitado (opcional): Yessica Guzman
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 19-08-2025 / Vereda la Bamba.
Nombre del capacitado (opcional): Geraldine Cano.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Carolina Ochoa Valencia
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

REUNION ACTA No. 20

Municipio-Lugar:	Corregimiento de Peralonso, Sede Hogar comunitario.
Zona:	Rural
Fecha:	20-08-2025
Hora inicio-final	1:00 pm a 2:30 pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA).
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA).

ORDEN DEL DÍA:

1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Juego ¿Quién quiere ser millonario? Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el objetivo de establecer una sólida red de apoyo en temas de salud mental y prevención de violencias, se procedió a solicitar espacios a las entidades de la comunidad, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción que se realizó fue la redacción de una carta dirigida al programa "De 0 a Siempre" con la coordinación de Jesús Alberto Ospino (documento anexado en obligación 6, Informe 1.) conformada principalmente por mujeres. De esta manera, se buscó ejecutar una estrategia de educación y comunicación en salud. Para la planeación de la actividad, se gestionó un espacio en la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Pequeño Mundo de Amor 1". Se procedió con la gestión de la logística (lugar, horario, materiales).

2. Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP). La actividad dio inicio en una de las sedes rurales del programa. En este espacio, la docente YENNY TATIANA VANEGAS PEDRAZA inicio con actividad rompehielos para dinamizar la actividad con una ronda infantil para mover el cuerpo además proporciono el calendario de la tarde. Es así, como se da espacio al programa PIC, tras lo cual la actividad comenzó con una presentación a cargo del profesional en psicología del PIC, la cual se centró

en el tema de los "Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad", iniciando con una actividad de palabra encadenada.

3. Conceptualización de los PAP

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva:

-Observar: Prestar atención a la situación general de la persona para identificar peligros inmediatos, necesidades básicas urgentes o signos de angustia severa.

-Escuchar: Acercarse con calma, pedir permiso para ayudar y escuchar activamente, sin juzgar ni dar consejos. Se debe permitir que la persona exprese libremente sus sentimientos y validar su experiencia.

-Conectar: Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas, acceder a servicios de apoyo y conectarla con sus seres queridos. Es fundamental proporcionar información precisa y útil.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Juego de roles: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizaron tres casos de estudio con el juego quien quiere ser millonario:

- Caso 1: "El susurro del maltrato":
- Caso 2: "El Loco de la vereda":

• Caso 3: "El niño de la vecina" **Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre:** La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho". Para complementar esta información, se proporcionaron rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave. El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema. **Anexos:** • **Registros fotográficos de Actividad 20.** • **Listado de asistencia de Actividad 20.** • **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

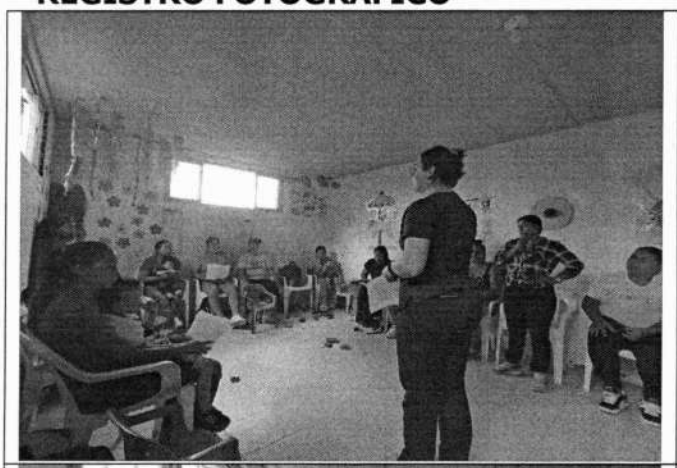
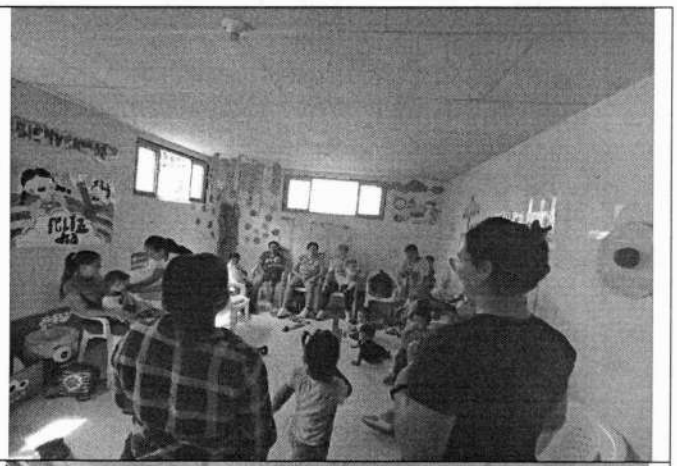
COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

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

REGISTRO FOTOGRÁFICO





Actividad 20. Obligación 6.
Fecha: 20 de agosto de 2025
Ubicación: Corregimiento de Peralonso, sede Hogar Comunitario.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha 20-06-2025
Lugar: Peralonso Nombre de la reunión: Act. PAP Facilitador/Conferencista: Vanny Ochoa & Angie Salazar

Asistencia Técnica: Capacitación X /Beneficiarios / Programa

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica					POBLACION								DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO/ROM	Ninguna	Victima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva					URBANO	RURAL		SI	NO
1	Yeni Paola Henao Orrego	1030617379	33		X								X												Salud Total	314620 6734	—	el Cedral	Santuario		X	Yeni Paola Henao Orrego	X	
2	Sandra Morena Ospina	1086279453	31		X								X												Asmet Salud	320530 5516	—	el Cedral	Santuario		X		A	
3	Elena Sanchez Ballesteros	1088285752	34		X								X												Salud Total	318564 4147	—	Alto Cedral	Santuario		X	Elena Sanchez	X	
4	Manuela Mejia.	1087997179	18		X								X												Salud Total	300315 3970	—	Ventaderos	Santuario		X	MANUELA MEJIA	X	
5	Yosune Montoya Sanchez	1142517920	15		X								X												Salud Total	323307 7580	—	el Cedral	Santuario		X	Yosune M.	X	
6	Paola Andrea Acevedo Franco	1087555059	33		X				X				X												Asmet salud	320648 1119	—	Alto Cielo	Santuario		X	Paola A A F.	X	
7	Rosa Delis Dosavia	———	30		X								X												Salud total.	312745 1418	—	Peralonso	Santuario		X	Rosa	X	-
8	Deisy Tatiana Diaz Muñoz.	1004627676	23		X								X												Nueva EPS	310543 5045	—	La Esperanza	Santuario		X	Tatianadias	A	
9	Ana Cristina Montoya Ortiz	1089371635	22		X								X												Nueva EPS	314783 4040	—	Peralonso	Santuario		X	ana cristina m.	X	
10	Isilda Chalarca ochoa	1133719705	35		X				X				X												Nueva EPS	No Tiene.	—	Peralonso	Santuario		X	Isilda	X	
11	Rubiela Coragama Duque.	1050126767	41		X								X												Nueva EPS	311 3729 426	—	La Esperanza	Santuario		X	Rubiela Coragama	X	
12	Erika Johana Serna	1090150321	29		X								X												Nueva EPS	313766 0328	—	San Pascual	Santuario		X	Erika Serna.	X	
13	Deisy Velez Castañeda	1004627229	26		X								X												SOS	317303 4233	—	Alto Cielo	Santuario		X	deisi velez	A	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha _____

Lugar: _____ Nombre de la reunión: _____ Facilitador/Conferencista: _____

Asistencia Técnica: _____ Capacitación _____ /Beneficiarios _____ / Programa _____

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica					POBLACIÓN							DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO/ROM	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva						URBANO	RURAL		SI	NO
1	Jessica londoño	1087560357	28	x									x												Nuevo EPS	321879 5137	—	Peralonso	Santuario		x	Jessica l.	x	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	-
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Pereira, 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Yeni Dada Henao Orrego.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Sandra Moreno Osparol
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: aprender algo Nuevo.
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Elena Sanchez Ballesteros
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Manuela Morin Mejia.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): yasne Montoya.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Paola Acevedo.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: la actividad estuvo mejor de lo que esperaba
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Perdonso 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Rosa Rosalva.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: muy bueno Todo
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Deisy Diaz.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Cristina Montoya.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Isilda Chalarca.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Gabriela Cardona
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Erika Serna
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: Excelente actividad.
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Peralonso 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Delsy Velez.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Pereira 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Jessica londoño.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

REUNION ACTA No. 21

Municipio-Lugar:	Vereda La Marina, Sector el Rosal, caseta de acción comunal.
Zona:	Rural
Fecha:	20-08-2025
Hora inicio-final	4:00 pm a 5:30 pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y comunidad en general.
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y comunidad en general.

ORDEN DEL DÍA:

1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales "Palabras que construyen: el arte de comunicarte"
3.	Módulo 1. Introducción a la Comunicación. Módulo 2. Herramientas para una Comunicación Asertiva. Modulo 3. Manejo de Reacciones Negativas. Modulo 4: Agradecimiento y cierre.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Para establecer una red de apoyo en salud mental y prevención de violencias, se contactó a entidades comunitarias, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción fue solicitar un espacio a la líder Nidia Grajales, cuyo grupo en la vereda La Marina sector El Rosal incluye a mujeres y jóvenes que participan en actividades sociales, culturales y recreativas (documento anexado en obligación 6, Informe 1.). Se logró coordinar un lugar de encuentro, la convocatoria y las adecuaciones necesarias para llevar a cabo una estrategia de educación y comunicación en salud.

2. Actividades iniciales "Palabras que construyen: el arte de comunicarte". La actividad se llevó a cabo de 4:00 p.m. a 5:30 p.m. en la caseta de acción comunal de la vereda La Marina sector El Rosal. Con el apoyo de la líder Nidia Grajales, se dio inicio al taller, titulado "Palabras que construyen: el arte de comunicarte de manera clara y con corazón", dio inicio con un rompehielos interactivo. La actividad inicial consistió en una dinámica grupal conocida como 'La Cuerda'. En este juego, los participantes debían trabajar en equipo para, en un tiempo límite y sin emitir palabras, pasar una cuerda a través de todos los compañeros. El reto principal era lograr la coordinación y la ejecución silenciosa de la tarea. El objetivo pedagógico central de esta dinámica fue activar la atención y fomentar la observación entre

los miembros del grupo. Además, sirvió para destacar la importancia de la comunicación no verbal y la necesidad de interpretar correctamente los mensajes implícitos, preparando así a los participantes para el tema central del taller.

3. Conceptualización taller.

Módulo 1. Introducción a la comunicación. Este módulo se diseñó para establecer un diálogo inicial sobre la comunicación. A través de preguntas abiertas como: "¿Qué significa comunicarse para ustedes?", "¿Por qué es importante hablar y escuchar?", y "¿Qué sucede cuando la comunicación falla?", se invitó a los participantes a reflexionar sobre la importancia de expresarse y de entender a los demás para fomentar una buena convivencia.

A partir de las respuestas, se presentaron los tres tipos de comunicación principales, utilizando ejemplos cotidianos para facilitar su comprensión:

1. Comunicación Pasiva: Se explicó como la tendencia a guardar lo que se siente o necesita para evitar conflictos. Un ejemplo fue el de aceptar un favor que no se puede realizar, lo que genera resentimiento y agotamiento.

2. Comunicación Agresiva: Se describió como el polo opuesto, donde se expresan las ideas de forma impositiva, a menudo con gritos o palabras hirientes, sin considerar los sentimientos de la otra persona.

3. Comunicación Asertiva: Se presentó como el punto medio ideal: la habilidad para expresar pensamientos y sentimientos de forma clara, respetuosa y oportuna. Se enfatizó que la asertividad permite defender los propios derechos sin pisotear los de los demás, fortaleciendo la autoestima y las relaciones.

Una vez explicados los conceptos, se realizó una actividad interactiva. Cada participante leía en voz alta una oración con la temática de violencia o maltrato que describía una situación específica y debía clasificarla como asertiva, agresiva o pasiva. Después de justificar su elección, los participantes reformulaban la situación para que la respuesta fuera asertiva, lo que puso a prueba su comprensión y su capacidad para aplicar los conceptos en la práctica.

Módulo 2. Herramientas para una Comunicación Asertiva. Esta sección se centró en cómo aplicar la comunicación asertiva en la vida diaria. Se abordaron varias estrategias prácticas: 1. Utiliza el "Yo" en tus afirmaciones: En lugar de hacer acusaciones ("Tú siempre haces esto mal"), se enseñó a hablar desde el sentimiento personal ("Yo me siento [emoción] cuando [situación específica]"). 2. Sé clara y específica: Se motivó a los participantes a expresar exactamente lo que quieren o necesitan, sin rodeos, como decir: "Necesito que me ayudes con esto" en lugar de "Qué cansancio, siempre me toca a mí". 3. Escucha activamente: Se resaltó que la asertividad también implica escuchar lo que la otra persona tiene que decir, incluso si no se está de acuerdo. 4. Respeta el turno de palabra: Se instó a hablar sin interrumpir y a usar frases amables como: "Permíteme terminar mi idea, por favor" si alguien interrumpe. 5. Acepta el "No": Se enfatizó que, así como tenemos derecho a negarnos, los demás también lo tienen y es importante respetar su decisión. 6. Elige el momento y el lugar

adecuados: Se destacó la importancia de buscar un momento tranquilo para abordar temas importantes.

Modulo 3. Manejo de reacciones negativas: Un punto clave del taller fue cómo manejar las reacciones de los demás. Se explicó que: 1. No podemos controlar a los demás, solo nuestra propia comunicación. 2.La reacción del otro es su responsabilidad, no nuestra. 3. Podemos mantener la calma y el respeto, incluso si la otra persona se altera. 4. Es válido poner límites si la reacción es agresiva, estableciendo un alto a la conversación y proponiendo retomarla en un momento de calma.

Módulo 4: reflexión final y cierre. La jornada concluyó con un espacio de reflexión final, donde se preguntó a los participantes cómo se sentían con la idea de ser más asertivos y si consideraban que esto podría mejorar sus relaciones y su bienestar. El taller cerró con una frase inspiradora que resume el objetivo de la actividad: "Recordemos que ser asertivas no es ser groseras, sino ser honestas con respeto, ¡con nosotras mismas y con los demás!". El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y familias. Además, para dar continuidad a la estrategia. No se detectó ningún caso.

Anexos:

- **Registros fotográficos de Actividad 21.**
- **Listado de asistencia de Actividad 21.**
- **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

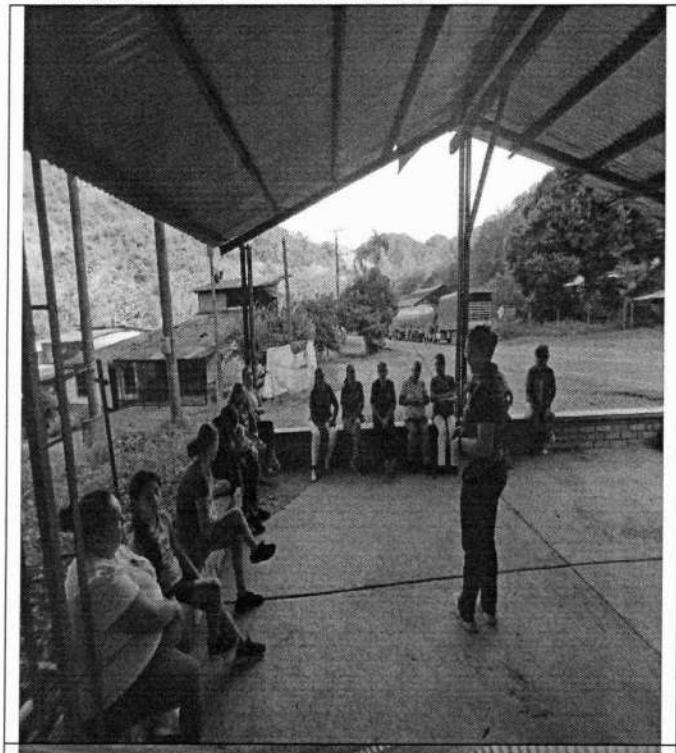
COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

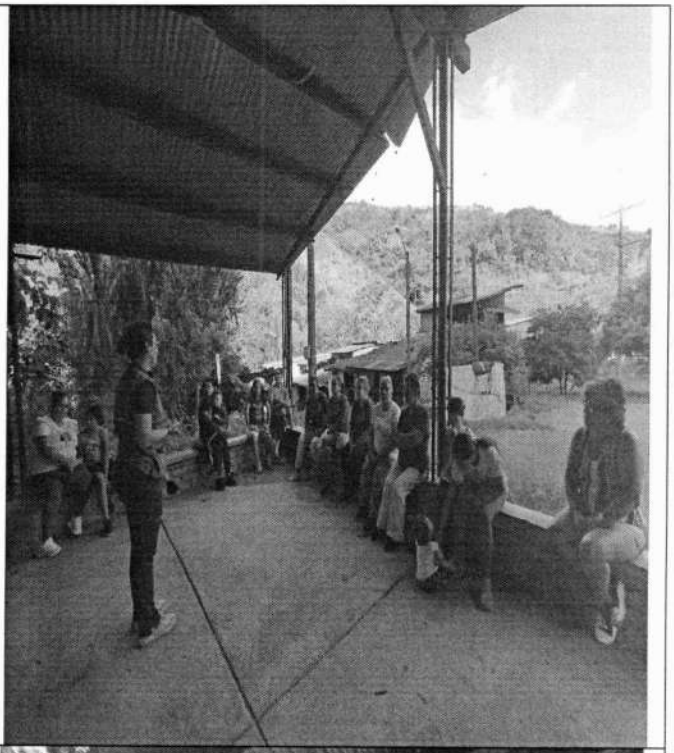
FIRMA Vianny Carolina Ochoa V.
Cargo Psicóloga PIC
Elaboró

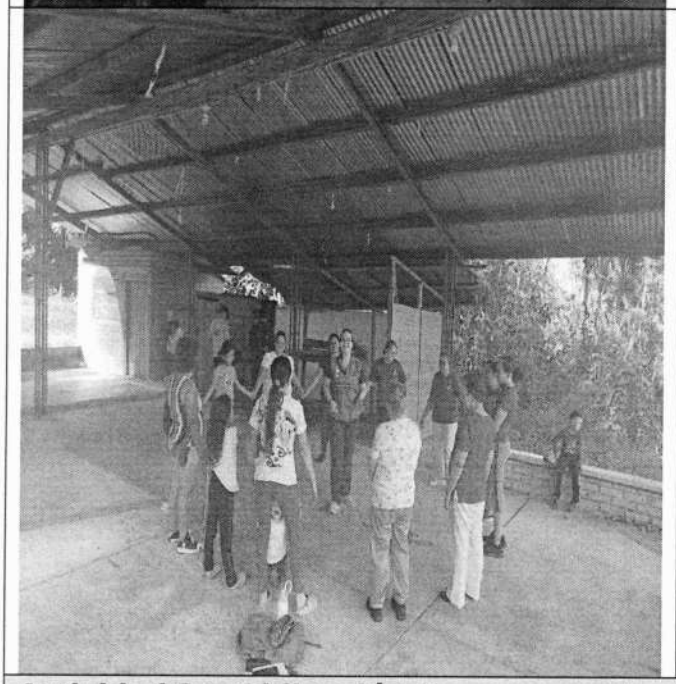
FIRMA Angie Viviana Salazar P.
Cargo Auxiliar de enfermería PIC

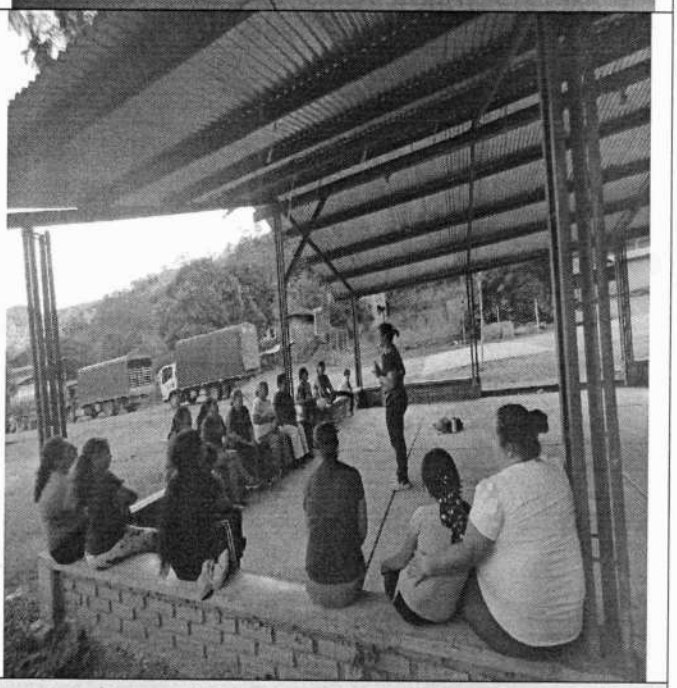
Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

REGISTRO FOTOGRÁFICO









Actividad 21. Obligación 6.
Fecha: 20 de agosto de 2025
Ubicación: Sector El Rosal, caseta de acción comunal.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: Act 20-05-2025
Lugar: El Rosal
Nombre de la reunión: Act 6. PAP
Facilitador/Conferencista: Viviany Ochoa & Angie Salazar
Asistencia Técnica: ____ Capacitación ____ /Beneficiarios ____ / Programa ____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica					POBLACIÓN							DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO/ROM	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva					URBANO	RURAL		SI	NO
1	Yaliel Aguirre	1090149 371	34	X									X												Asmet Salud.	312698 6743	—	el Rosal	Santuario		X	Yaliel A.N.	X	
2	Melany Valentina Hernandez Cuesta	1093985 113	8	X									X												Salud Total.	322715 3977	—	el Rosal	Santuario		X	valentina	X	
3	Nancy Cuesta	1090333 339	37	X									X												Salud Total	322715 3977	—	el Rosal	Santuario		X	Nancy	X	
4	Blanca yaneth Sanchez Ossa	1090149 360	34	X									X											X	Nueva EPS	322641 5369	—	el Rosal	Santuario		X	Blanca Yaneth	X	
5	Luz Marina Gragalez.	24822 690	67	X									X												Sura	305300 7097	—	el Rosal	Santuario		X	Luz Marina Grajales	X	
6	Mari luz Gomez Corrales.	1088353 6477.	40	X									X											X	Salud Total	321882 8898	—	el Rosal	Santuario		X	mariluz corrales	X	
7	Maria william Gil Cortez.	25190 433	82	X									X												Asmet Salud.	320346 1351	—	el Rosal	Santuario		X	Maria william	X	
8	Maria Naemi Uribe.	38445 538	57	X									X												Salud Total.	310437 1500	—	el Rosal	Santuario		X	Maria Naemy	X	
9	Luciana Sanchez Castro	1112130 038	9	X									X												Salud Total	310437 1500	—	el Rosal	Santuario		X	Luciana Sanchez	X	
10	Lidia Grisales	42022 316	62	X									X												Salud Total.	314755 5901	—	el Rosal	Santuario		X	Lidia Grisales	X	
11	Marta Cecilia Corrales	24412 882.	64	X									X												Salud Total	321882 8898.	—	el Rosal.	Santuario		X	marta C.	X	
12	Olga Lucia Calderon	25000 525	54	X									X												Asmet Salud.	312688 6019	—	el Rosal	Santuario		X	olga lucia	X	
13	Maria Lucia Giraldo.	25079 489.	68	X									X												Salud Total	320499 0098	—	el Rosal	Santuario		X	No Firmo.	X	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Yorlei Aguirre
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-09-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Melany Hernandez.
Nombre de Capacitación: PAD
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Nancy Cuesta
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Blanca Sanchez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Luz Marina Elrogales
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Mary luz Gomez.
Nombre de Capacitación: PAI
Nombre del instructor de la capacitación: Yianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Mº William Gil
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Mª Noemi Oribe.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vanny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Luciana Sanchez.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Lidia Ginsales.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-08-2025
Nombre del capacitado (opcional): Cecilia Corrales
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vanny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal 20-08-2025.
Nombre del capacitado (opcional): Olga lucia Calderón
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

REUNION ACTA No. 22

Municipio-Lugar:	Calle 5 #4-50, sede principal Empresa de Servicios Públicos Santuario.
Zona:	Urbana
Fecha:	21-08-2025
Hora inicio-final	7:00 pm a 8:00 pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los funcionarios de la Empresa de Servicios Públicos Santuario.
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los funcionarios de la Empresa de Servicios Públicos Santuario.

ORDEN DEL DÍA:	
1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales "Construyendo mi Botiquín Emocional: El Poder de Sentir"
3.	Conceptualización emocional: Módulo 1: La percepción y la distinción emocional. Módulo 2: Funciones y neuropsicología de las emociones. Módulo 3: La gestión emocional consciente y el botiquín de bienestar. Módulo 4: Botiquín Emocional. Modulo 5. Entrega Folleto, agradecimiento y cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el firme propósito de establecer una sólida red de apoyo para impulsar la salud mental y la prevención de violencias, iniciamos un proceso activo de vinculación de actores clave en la comunidad, lo cual comenzó con la solicitud de espacios a entidades locales, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera y crucial acción fue la elaboración y envío de una carta formal a la Empresa de Servicios Públicos en Santuario, bajo la coordinación de Yenier Mauricio Cardona Quintero (documento adjunto en la obligación 6, Informe 1), cuya fuerza laboral está conformada por hombres y mujeres en diversos rangos de edad. En paralelo, el equipo se enfocó en la gestión logística del segundo encuentro (definiendo lugar, horario y materiales) y en la actualización de nuestros materiales de apoyo, lo que incluyó la modificación y mejora del 'Folleto Tu Bolsillo PAP: Herramientas para el Bienestar Emocional' y la presentación 'PowerPoint: Construyendo mi Botiquín Emocional - el poder de sentir', cuyas evidencias se encuentran anexadas.

2. Actividades iniciales: La actividad da inicio en horas de la noche. Se inicia agradeciendo el compromiso de los funcionarios y se da paso a la temática 'Construyendo mi Botiquín Emocional: El

Poder de Sentir'. La sesión comenzó con una actividad rompehielos enfocada en la respiración consciente y estiramientos, preparando el ambiente para los temas que se abordarían.

3. Conceptualización actividad:

Módulo 1. La percepción y la distinción emocional. La sesión introductoria comenzó con la actividad "Despertando la Percepción", un ejercicio práctico diseñado para ilustrar la subjetividad de la realidad. Se pidió a los participantes que dibujaran rápidamente, y sin pensar, una mesa, una casa y una persona. La diversidad de los dibujos sirvió como prueba visual de que, aunque todos recibimos la misma instrucción, cada uno de nosotros procesa e interpreta la información de manera única, lo que demuestra que la realidad no es una verdad absoluta, sino una experiencia personal.

Tras esta actividad, se abordó la crucial distinción entre emociones y sentimientos. Las emociones se definieron como respuestas biológicas, instintivas y de corta duración, ancladas en nuestro sistema nervioso. Son universales y se manifiestan en el cuerpo antes de que la mente las procese, como el instinto de miedo al percibir un peligro. Los sentimientos, por otro lado, se presentaron como la interpretación consciente y prolongada de esas emociones. Son el resultado de la reflexión, influenciada por nuestras experiencias pasadas, creencias culturales y pensamientos, como la ansiedad duradera que puede generar el recuerdo de un evento atemorizante.

Para facilitar la comprensión, se utilizó el modelo bidimensional de Plutchik, conocido como la Rueda Emocional, como una herramienta visual que ayuda a los participantes a ubicar su estado emocional en un espectro más amplio.

Módulo 2. Funciones y neuropsicología de las emociones. Se profundizó en el propósito evolutivo y funcional de las emociones, destacando sus tres roles principales: función informativa, función de acción/motivación y función comunicativa/conectiva. A continuación, se introdujo el concepto de la **neuropsicología de las emociones**, subrayando que la gestión emocional no es una habilidad innata, sino una capacidad cerebral que se puede desarrollar y fortalecer con la práctica. Se enfatizó que comprender la base biológica de nuestras emociones puede fomentar la autocompasión y reducir la auto-culpabilidad.

Módulo 3. La gestión emocional consciente y el botiquín de bienestar: El módulo "Desenmascarando las Emociones" se centró en desmitificar la idea de que las emociones negativas son algo que se debe evitar. Se explicó que reprimir las emociones puede tener graves consecuencias, como la manifestación de síntomas psicosomáticos o trastornos psicológicos. Se utilizó la analogía de una "olla a presión" para ilustrar que la energía emocional, si no se libera de manera saludable, buscará inevitablemente otra salida, a menudo perjudicial. Para contrarrestar esta tendencia, se presentaron los cinco pasos clave para una gestión emocional saludable:

-Explorar: Reconocer la emoción sin juzgarla, entendiendo que "yo siento" una emoción, pero no "soy" la emoción.

-Reconocer en el cuerpo: Prestar atención a las sensaciones físicas, ya que el cuerpo es el "primer

mensajero" de nuestras emociones. -Identificar: Ponerle un nombre a la emoción para poder comprenderla mejor. -Validar: Aceptar y permitirse sentir la emoción sin luchar contra ella, partiendo de la premisa de que "el mayor sufrimiento no es la emoción en sí, sino la lucha interna contra ella". -Gestión Consciente: Elegir una respuesta deliberada en lugar de una reacción automática, alineando las acciones con los valores personales y el bienestar a largo plazo. **Modulo 4. La actividad continua con la realización de un "Botiquín Emocional",** un conjunto de herramientas y prácticas de "primeros auxilios" para el bienestar personal. Los participantes recibieron sugerencias como la respiración consciente, la hidratación, el movimiento, la desconexión digital y la gratitud. La sesión cerró con un compromiso individual, donde cada participante se propuso integrar al menos una de estas acciones en su vida diaria para cuidar su salud mental. **Módulo 5. Al final de la actividad se entrega un folleto llamado "Tu Bolsillo PAP: Herramientas para el Bienestar Emocional".** Para complementar esta información, se proporcionó de nuevo las rutas de atención en salud mental y violencia intrafamiliar en el municipio, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave. Además, se invita a otros espacios, agradeciendo el tiempo y el espacio. **Anexos:** • **Folleto Tu Bolsillo PAP: Herramientas para el Bienestar Emocional** • **Presentación PowerPoint: Construyendo mi Botiquín Emocional- el poder de sentir.** • **Registros fotográficos de actividad 22.** • **Listado de asistencia de actividad 22.** • **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

Vianny Carolina Ochoa V.

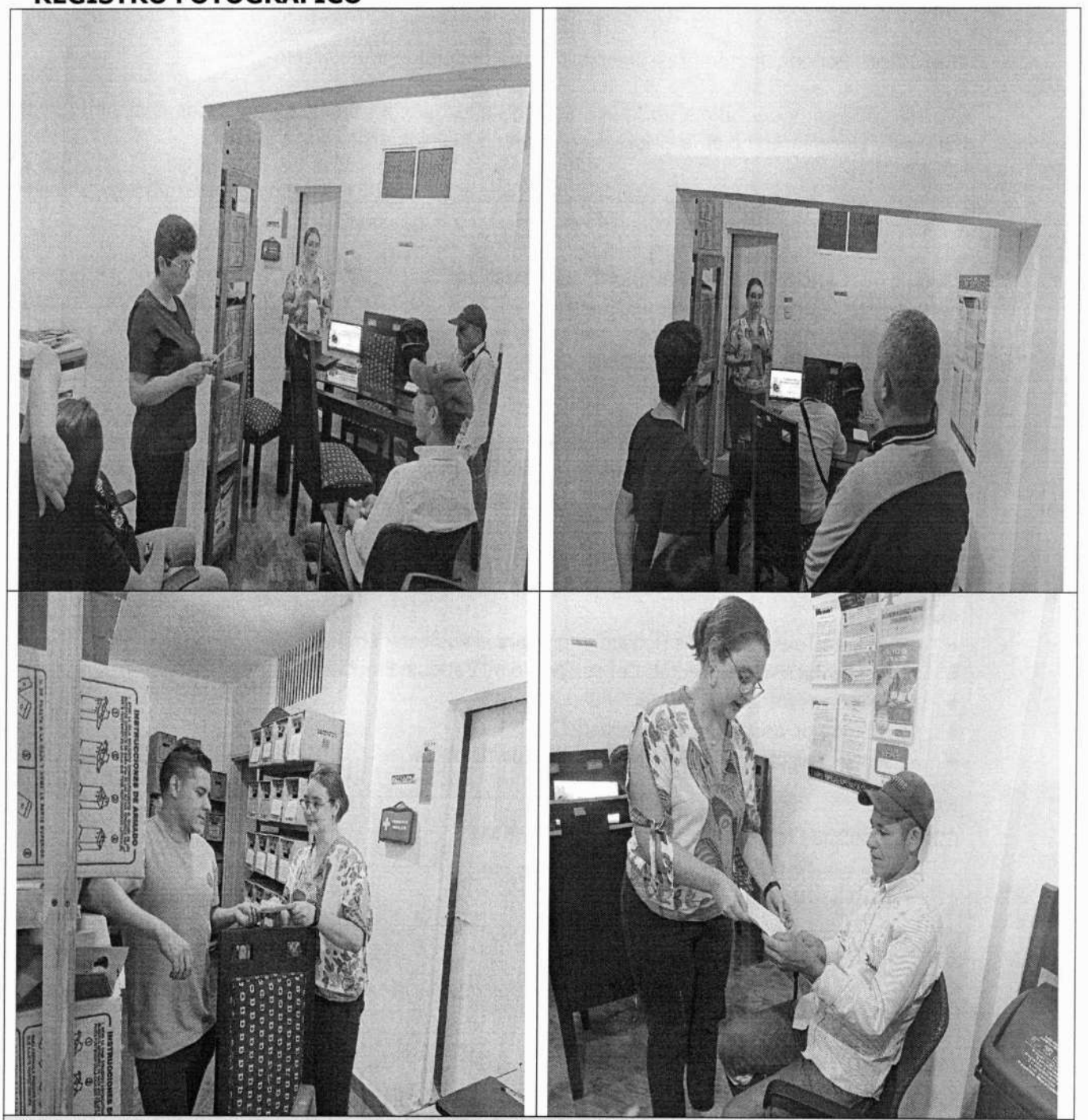
FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

Angie Salazar.

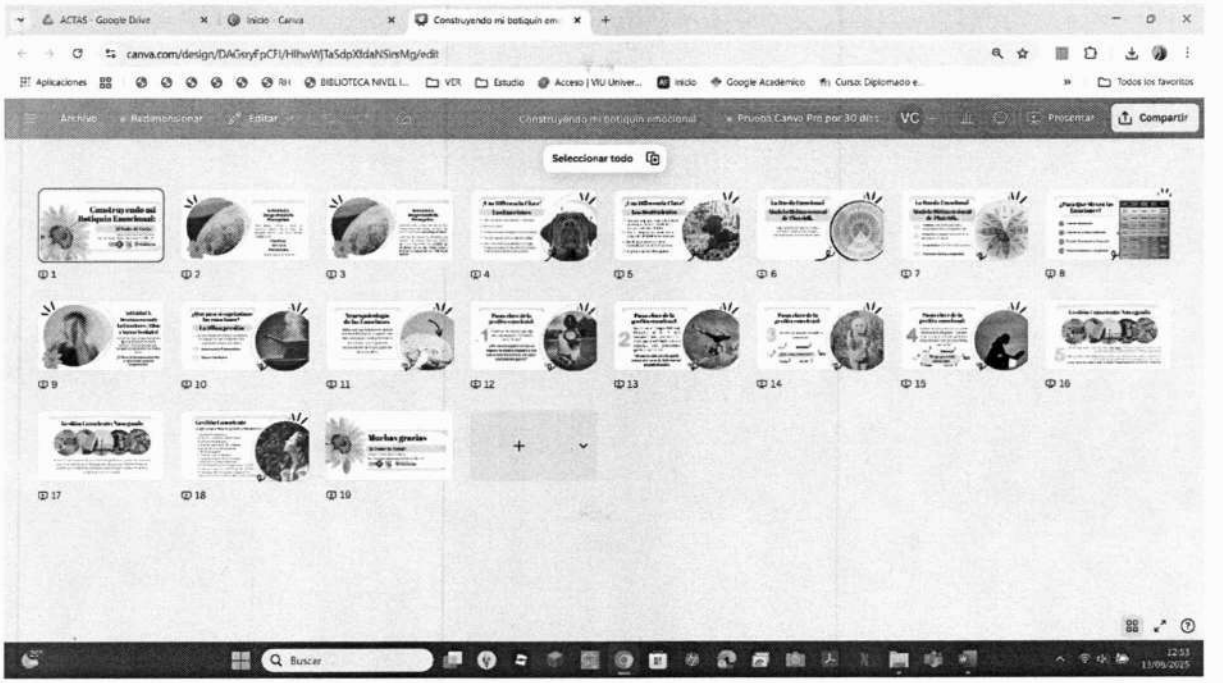
FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

Versión. 04
Vigencia:08-2024

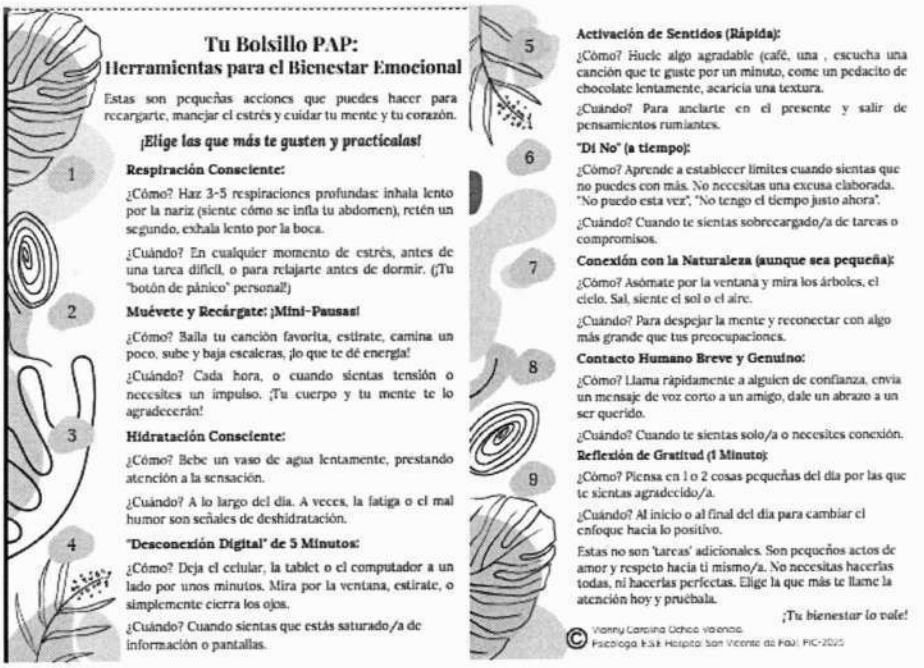
REGISTRO FOTOGRÁFICO



Actividad 22. Obligación 6.
Fecha: 21 de agosto de 2025
Ubicación: Empresa de Servicios públicos Santuario, sede principal.



- *Anexo 1. Presentación PowerPoint:* Construyendo mi Botiquín Emocional- el poder de sentir.



Tu Bolsillo PAP:
Herramientas para el Bienestar Emocional

Estas son pequeñas acciones que puedes hacer para recargarte, manejar el estrés y cuidar tu mente y tu corazón.

¡Elige las que más te gusten y practícalas!

Respiración Consciente:

¿Cómo? Haz 3-5 respiraciones profundas: inhala lento por la nariz (siente cómo se infla tu abdomen), retén un segundo, exhala lento por la boca.

¿Cuándo? En cualquier momento de estrés, antes de una tarea difícil, o para relajarte antes de dormir. (¡Tu "botón de pánico" personal!)

Muévete y Recárgate: ¡Mini-Pausas!

¿Cómo? Baila tu canción favorita, estírate, camina un poco, sube y baja escaleras, ¡lo que te dé energía!

¿Cuándo? Cada hora, o cuando sientas tensión o necesites un impulso. ¡Tu cuerpo y tu mente te lo agradecerán!

Hidratación Consciente:

¿Cómo? Bebe un vaso de agua lentamente, prestando atención a la sensación.

¿Cuándo? A lo largo del día. A veces, la fatiga o el mal humor son señales de deshidratación.

"Desconexión Digital" de 5 Minutos:

¿Cómo? Deja el celular, la tablet o el computador a un lado por unos minutos. Mira por la ventana, estírate, o simplemente cierra los ojos.

¿Cuándo? Cuando sientas que estás saturado/a de información o pantallas.

Activación de Sentidos (Rápida):

¿Cómo? Huele algo agradable (café, una , escucha una canción que te guste por un minuto, come un pedacito de chocolate lentamente, acaricia una textura.

¿Cuándo? Para anclarte en el presente y salir de pensamientos rumiantes.

"Di No" (a tiempo):

¿Cómo? Aprende a establecer límites cuando sientas que no puedes con más. No necesitas una excusa elaborada. "No puedo esta vez", "No tengo el tiempo justo ahora".

¿Cuándo? Cuando te sientas sobrecargado/a de tareas o compromisos.

Conexión con la Naturaleza (aunque sea pequeña):

¿Cómo? Asómate por la ventana y mira los árboles, el cielo. Sal, siente el sol o el aire.

¿Cuándo? Para despejar la mente y reconectar con algo más grande que tus preocupaciones.

Contacto Humano Breve y Genuino:

¿Cómo? Llama rápidamente a alguien de confianza, envía un mensaje de voz corto a un amigo, dale un abrazo a un ser querido.

¿Cuándo? Cuando te sientas solo/a o necesites conexión.

Reflexión de Gratitud (1 Minuto):

¿Cómo? Piensa en 1 o 2 cosas pequeñas del día por las que te sientas agradecido/a.

¿Cuándo? Al inicio o al final del día para cambiar el enfoque hacia lo positivo.

Estas no son 'tareas' adicionales. Son pequeños actos de amor y respeto hacia ti mismo/a. No necesitas hacerlas todas, ni hacerlas perfectas. Elige la que más te llame la atención hoy y pruébala.

¡Tu bienestar lo vale!

© Wanny Carolina Ochoa Valencia.
Psicóloga E.S.E Hospital San Vicente de Paúl. PIC-2025

- *Anexo 2. Folleto* Tu Bolsillo PAP: Herramientas para el Bienestar Emocional

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha 21-08-2025
Lugar: Centro - ESPS
Nombre de la reunión: Act 6. PAP Emocional
Facilitador/Conferencista:
Asistencia Técnica:
Capacitación X /Beneficiarios _____ / Programa
Viviana y Octavio y Angie Salazar

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica					POBLACION									DISCAPACIDAD					ENTIDAD / ORGANIZACION/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Rrom	GITANO-ROM	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva					URBANO	RURAL		SI	NO
1	Maria Cristina Castañeda U	25194660	54	X									X												E.S.P.S	313744 8803	—	CR 10A N. 3-33	Santuario	X		MCC	X	
2	Cledia Shirley Romero	25196405	42	X									X												E.S.P.S	313717 712	—	CI 8 N.	Santuario	X		Shirley	X	
3	Yeimc Mauricio Cardona R.	18609737	44	X									X												E.S.P.S	3103646 404	—	Barrio Motorista	Santuario	X			X	
4	Sandra Milena Valencia M	25195405	48		X								X												E.S.P.S	321641 1259	—	CI 4 N. 6-18	Santuario	X		Sandra	X	
5	Ana Maria Hincapie A.	1088537150	26		X								X												E.S.P.S	314772 2340	—	CR 8 N. 9-55	Santuario	X		Ana Maria Hincapie	X	
6	Jose Edilberto Franco	4589103	63	X									X												E.S.P.S	321860 1249	—	Manz 2 CS 11 Alto de Totumo	Santuario	X		J. Jos E E. Franco	X	
7	Miguel Angel Toro L.	1007220358	28	X									X												E.S.P.S	320516 4622	—	CR 6 N 8-24	Santuario	X		Miguel Toro	X	
8	Jose Daniel Jaramillo S	9.937951	46	X									X												E.S.P.S	323439 4422	—	CI 6 N. 2-59 INT 4	Santuario	X		David D	X	
9	Carlos Andres Cano M	9957697	46	X									X												E.S.P.S	320736 1509	—	Manz 3 CS 22 Altos de Totumo	Santuario	X		Carlos Andres	X	
10	Carlos Aurelio Valencia L	9955386	60	X									X												E.S.P.S	314657 7371	—	CI 4 N 6-36	Santuario	X		CarlosVL	X	
11																																			
12																																			
13																																			

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de Julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 21-08-2025 - Centro ESPS
Nombre del capacitado (opcional): Mónica Cristina Castañeda
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 21-08-2025, Centro ESPJ
Nombre del capacitado (opcional): Auxiliar Shirley Romero
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 21-08-2025, Centro ESPS
Nombre del capacitado (opcional): Jenifer Mauricio Cardona
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nianny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 21-08-2025 / Centro ESPS
Nombre del capacitado (opcional): Sandra Milena Valencia
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viany Carlina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 21-08-2025 / Centro ESPS
Nombre del capacitado (opcional): Ana María Hincapie
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viviana Ochoa Valencia
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 21-08-2025, Centro ESPS
Nombre del capacitado (opcional): Jose Edilberto Franco
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vivian Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 21-08-2025, Centro ESPS
Nombre del capacitado (opcional): Miguel Angel Toro
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 21-08-2025, Centro ESPS
Nombre del capacitado (opcional): Jose Daniel Jaramillo S.
Nombre de Capacitación: IAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianey Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 21-08-2025, Centro ESPS
Nombre del capacitado (opcional): Carlos Aurelio Valencia
Nombre de Capacitación: PAIS
Nombre del instructor de la capacitación: Vicmay Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: 21-03-2025, Centro ESPS.
Nombre del capacitado (opcional): Todos Todos Hemos Cero
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vanny Cecilia Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

REUNION ACTA No. 23

Municipio-Lugar:	Calle 7 # 4-07, Sala general de 0 a Siempre, sede principal.
Zona:	Urbana
Fecha:	05-09-2025
Hora inicio-final	7:00 am a 8:00 am
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y funcionarios de 0 a siempre.
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y funcionarios de 0 a siempre.

ORDEN DEL DÍA:	
1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Caso de estudio. Módulo 6: Autocuidado, prevención del suicidio y cierre de la actividad.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el objetivo de establecer una sólida red de apoyo en temas de salud mental y prevención de violencias, se procedió a solicitar espacios a las entidades de la comunidad, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción que se realizó fue la redacción de una carta dirigida al programa "De 0 a Siempre" con la coordinación de Jesús Alberto Ospino (documento anexado en obligación 6, Informe 1.) conformada principalmente por mujeres. De esta manera, se buscó ejecutar una estrategia de educación y comunicación en salud. Para la planeación de la actividad, se gestionó un espacio con solicitud del coordinador con el equipo de trabajo para la actividad. Se procedió con la gestión de la logística (lugar, horario, materiales) y a establecer los materiales educativos necesarios, en este caso: Presentación PowerPoint: Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad y Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".

2. **Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).** La actividad dio inicio en la sede principal del programa con una presentación del programa plan de intervenciones colectivas (PIC) a cargo de la

profesional en psicología del PIC, la cual se centró en el tema de los "Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad", iniciando con una actividad de reconocimiento emocional.

3. Conceptualización de los PAP

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva: Observar, escuchar y conectar.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Caso: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizó el caso 'El susurro del maltrato'. Los participantes interactuaron activamente en el análisis, centrando su discusión en qué acciones debían ejecutar, siguiendo los principios de los PAP y las rutas de atención establecidas.

Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre: La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho".

Para complementar esta información y reforzar la aplicación de los PAP en las situaciones más críticas, se hizo una transición directa al tema del mes: "Dale color a tu vida: Hablemos de prevención del suicidio". Se destacó la importancia de romper el silencio ante el sufrimiento que la persona cree no

tener otra opción. En este contexto, se enfatizó que el dolor es real, pero la ayuda también lo es.

Se compartieron las señales de alerta más importantes, como cambios emocionales drásticos, hablar de querer morir o realizar regalos de valor de manera inusual. Finalmente, se proporcionaron pautas claras sobre "cómo hablar con alguien que está sufriendo": acercándose directamente, sin miedo y sin juzgar, y conectando a la persona con ayuda profesional inmediata. Se recordó a los asistentes que no deben dejar sola a la persona y que su compañía, voz y empatía son el primer toque de color en la vida de quienes lo necesitan. Para asegurar la conexión con recursos, se recordaron las rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave. El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema.

Es importante destacar que el equipo expresó la necesidad prioritaria de mantener la continuidad de esta actividad formativa. Esta decisión se fundamenta en la escucha continua de madres y cuidadoras que manifiestan ideación suicida o significativas dificultades emocionales y comportamentales derivadas de problemas personales o familiares. Por lo tanto, esta prevención es crucial para el fortalecimiento de habilidades en las mujeres de las unidades de atención familiar gestionadas por el programa 'De 0 a Siempre'.

Anexos:

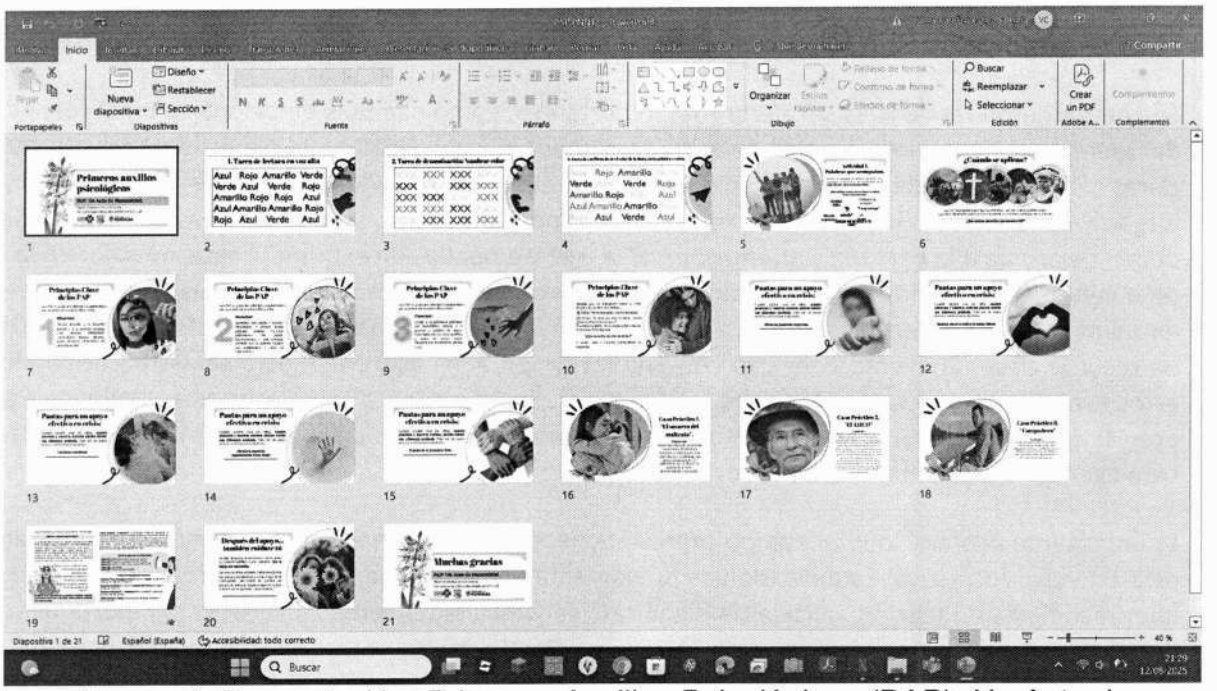
- **Registros fotográficos de Actividad 23.**
- **Listado de asistencia de Actividad 23.**
- **Material Educativo: Presentación PowerPoint: Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad y Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".**
- **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

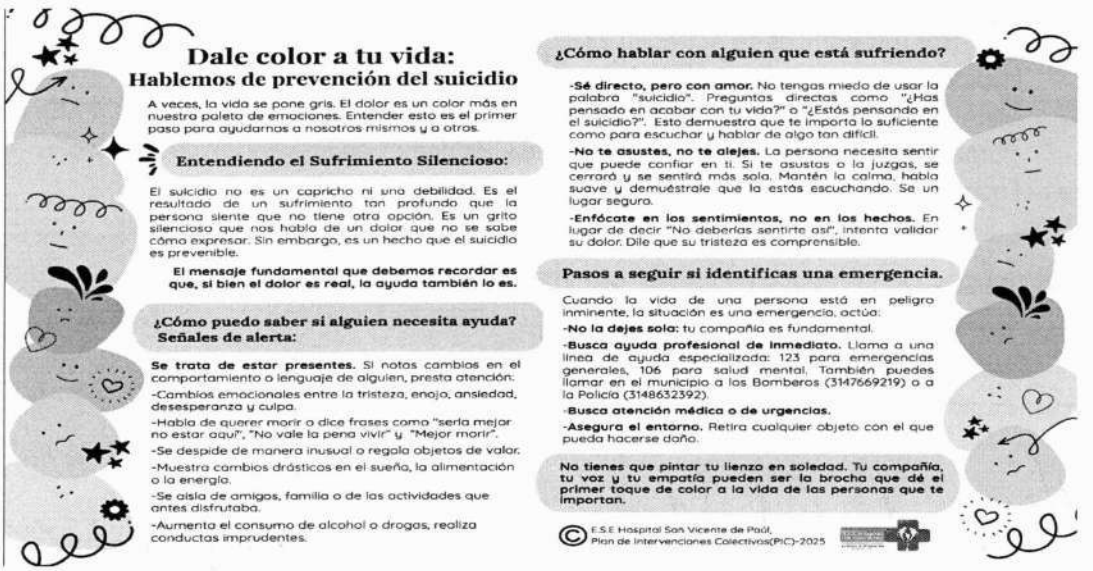
FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

Versión. 04
Vigencia:08-2024



Anexo 1. Presentación, Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad.



Dale color a tu vida:
Hablemos de prevención del suicidio

A veces, la vida se pone gris. El dolor es un color más en nuestra paleta de emociones. Entender esto es el primer paso para ayudarnos a nosotros mismos y a otros.

Entendiendo el Sufrimiento Silencioso:

El suicidio no es un capricho ni una debilidad. Es el resultado de un sufrimiento tan profundo que la persona siente que no tiene otra opción. Es un grito silencioso que nos habla de un dolor que no se sabe cómo expresar. Sin embargo, es un hecho que el suicidio es prevenible.

El mensaje fundamental que debemos recordar es que, si bien el dolor es real, la ayuda también lo es.

¿Cómo puedo saber si alguien necesita ayuda? Señales de alerta:

Se trata de estar presentes. Si notas cambios en el comportamiento o lenguaje de alguien, presta atención:

-Cambios emocionales entre la tristeza, enojo, ansiedad, desesperanza y culpa.

-Habla de querer morir o dice frases como "sería mejor no estar aquí", "No vale la pena vivir" y "Mejor morir".

-Se despide de manera inusual o regala objetos de valor.

-Muestra cambios drásticos en el sueño, la alimentación o la energía.

-Se aísla de amigos, familia o de las actividades que antes disfrutaba.

-Aumenta el consumo de alcohol o drogas, realiza conductas imprudentes.

¿Cómo hablar con alguien que está sufriendo?

-Sé directo, pero con amor. No tengas miedo de usar la palabra "suicidio". Preguntas directas como "¿Has pensado en acabar con tu vida?" o "¿Estás pensando en el suicidio?". Esto demuestra que te importa lo suficiente como para escuchar y hablar de algo tan difícil.

-No te asustes, no te alejes. La persona necesita sentir que puede confiar en ti. Si te asustas o la juzgas, se cerrará y se sentirá más sola. Mantén la calma, habla suave y demuéstrale que la estás escuchando. Se un lugar segura.

-Enfócate en los sentimientos, no en los hechos. En lugar de decir "No deberías sentirte así", intenta validar su dolor. Dile que su tristeza es comprensible.

Pasos a seguir si identificas una emergencia.

Cuando la vida de una persona está en peligro inminente, la situación es una emergencia, actúa:

-No la dejes sola: tu compañía es fundamental.

-Busca ayuda profesional de inmediato. Llama a una línea de ayuda especializada: 123 para emergencias generales, 106 para salud mental. También puedes llamar en el municipio a los Bomberos (3147669219) o a la Policía (3148632592).

-Busca atención médica o de urgencias.

-Asegura el entorno. Retira cualquier objeto con el que pueda hacerse daño.

No tienes que pintar tu lienzo en soledad. Tu compañía, tu voz y tu empatía pueden ser la brocha que dé el primer toque de color a la vida de las personas que te importan.

© E.S.E Hospital San Vicente de Paúl,
Plan de Intervenciones Colectivas(PIC)-2025

Anexo 2. Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Actividad 23. Obligación 6.
Fecha: 05 de septiembre de 2025
Ubicación: Centro, Sede principal de 0 a Siempre.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: 05-09-2025
Lugar: Centro Nombre de la reunión: PAP Act 6. Facilitador/Conferencista: Yiranny Ochoa & Angie Jaramillo.
Asistencia Técnica: ____ Capacitación: X /Beneficiarios: ____ / Programa: ____

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica					POBLACIÓN							DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	ROM/GITANO	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva						URBANO	RURAL		SI	NO
1	Adriana Patricia Agudelo	25195989	45		X								X												ICBF	3217602602	—	Santa Cruz #3-12	Santuario	X			X	
2	Jhon Herney Cadavid	1117493328	37	X									X												ICBF	3147192909	—	Panorama	Pereira	X			X	
3	Gloria Ramos Lopez	24941066	46		X								X												ICBF	3130167196	—	Mistrato	Mistrato	X			X	
4	Erika Largo	1087492103	31		X								X												ICBF	3235290396	—	Mistrato	Mistrato	X		Erika Largo	X	
5	Emily Ramos	1086280081	25		X								X												ICBF	3133392709	—	San Luis	Pereira	X		Emily Ramos	X	
6	Jennifer Cuartas	1088272890	27		X								X												ICBF	3206660606	—	Esmeralda	Pereira	X		Jennifer Cuartas	X	
7	LINDA Hurtado	1092914663	31		X									X											ICBF	3122856316	—	CLA 6 H 2-38 B.J.	Registrado	X			X	
8	Omaira Palacios	1077449400	34		X						X														ICBF	3125666198	—	CRA 8 # 6-52	Santuario	X		Omaira P.	X	
9	Yesica Ramirez	1040150315	29		X								X		X										ICBF	3219587577	—	Pueblo nuevo	Santuario	X		Yesica Ramirez	X	
10	Mariana Jimenez Rojas	1005021647	22		X								X	P											ICBF	3007722489	—	Mz 9 CS 13	Santuario	X		Mariana J.	1	
11	Sandra Milena Jimenez Rios	25195252	49		X								X												ICBF	3137010097	—	cra 8A # 9 25	Santuario	X			X	
12	Jesus Ospina Gutierrez	1002218845	32	X									X												ICBF	3012790375	—	dll 82 # 32-67	pereira.	X		Jesus Ospina	X	
13																																	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de Julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha _____

Lugar: _____ Nombre de la reunión: _____ Facilitador/Conferencista: _____

Asistencia Técnica: _____ Capacitación _____ /Beneficiarios _____ / Programa _____

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Etnica					POBLACION							DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Racial	GITANO/ROM	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva						URBANO	RURAL		SI	NO
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Adriana Patricia Ayala
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Jhon Herrera Cielky
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Gloria Yaneth Lopez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yiany Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Enfermero
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Emily Perez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Jennifer Gutierrez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Linda Hurtado
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro- 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Omaira Alcalá
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Yesica Ramirez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Wendy Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Marcela Jimenez Rojas
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viviana Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Sandra Milena Jimenez Rico
Nombre de Capacitación: PAI
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 05-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Jesus Espino Gutierrez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

REUNION ACTA No. 24

Municipio-Lugar:	Vereda La Marina, Sector el Rosal, caseta de acción comunal.
Zona:	Rural
Fecha:	10-09-2025
Hora inicio-final	4:00 pm a 5:30 pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y comunidad en general.
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y comunidad en general.

ORDEN DEL DÍA:

1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Caso de estudio. Módulo 6: Autocuidado, prevención del suicidio y cierre de la actividad.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Para establecer una red de apoyo en salud mental y prevención de violencias, se contactó a entidades comunitarias, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción fue solicitar un espacio a la líder Nidia Grajales, cuyo grupo en la vereda La Marina sector El Rosal incluye a mujeres y jóvenes que participan en actividades sociales, culturales y recreativas (documento anexado en obligación 6, Informe 1.). Se logró coordinar un lugar de encuentro, la convocatoria y las adecuaciones necesarias para llevar a cabo una estrategia de educación y comunicación en salud, teniendo en cuenta folletos y Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".

2. Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP). La actividad se llevó a cabo de 4:00 p.m. a 5:30 p.m. en la caseta de acción comunal de la vereda La Marina sector El Rosal. Con el apoyo de la líder Nidia Grajales, se dio inicio al taller, para el tema central del taller Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad. Se llevó a cabo una dinámica lúdica y grupal enfocada en la coordinación, la memoria y la comunicación. Esta actividad tuvo como doble propósito fomentar el

apoyo comunitario y, simultáneamente, resaltar el poder de la presencia y la conexión humana (un acto de humanidad), cuyo déficit es notable en las sociedades contemporáneas.

3. Conceptualización taller.

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva: Observar, escuchar y conectar.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Caso: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizó el caso 'El susurro del maltrato'. Los participantes interactuaron activamente en el análisis, centrando su discusión en qué acciones debían ejecutar, siguiendo los principios de los PAP y las rutas de atención establecidas.

Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre: La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho".

Para complementar esta información y reforzar la aplicación de los PAP en las situaciones más críticas, se hizo una transición directa al tema del mes: "Dale color a tu vida: Hablemos de prevención del suicidio". Se destacó la importancia de romper el silencio ante el sufrimiento que la persona cree no

tener otra opción. En este contexto, se enfatizó que el dolor es real, pero la ayuda también lo es.

Se compartieron las señales de alerta más importantes, como cambios emocionales drásticos, hablar de querer morir o realizar regalos de valor de manera inusual. Finalmente, se proporcionaron pautas claras sobre "cómo hablar con alguien que está sufriendo": acercándose directamente, sin miedo y sin juzgar, y conectando a la persona con ayuda profesional inmediata. Se recordó a los asistentes que no deben dejar sola a la persona y que su compañía, voz y empatía son el primer toque de color en la vida de quienes lo necesitan. Para asegurar la conexión con recursos, se recordaron las rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave.

El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema.

Anexos:

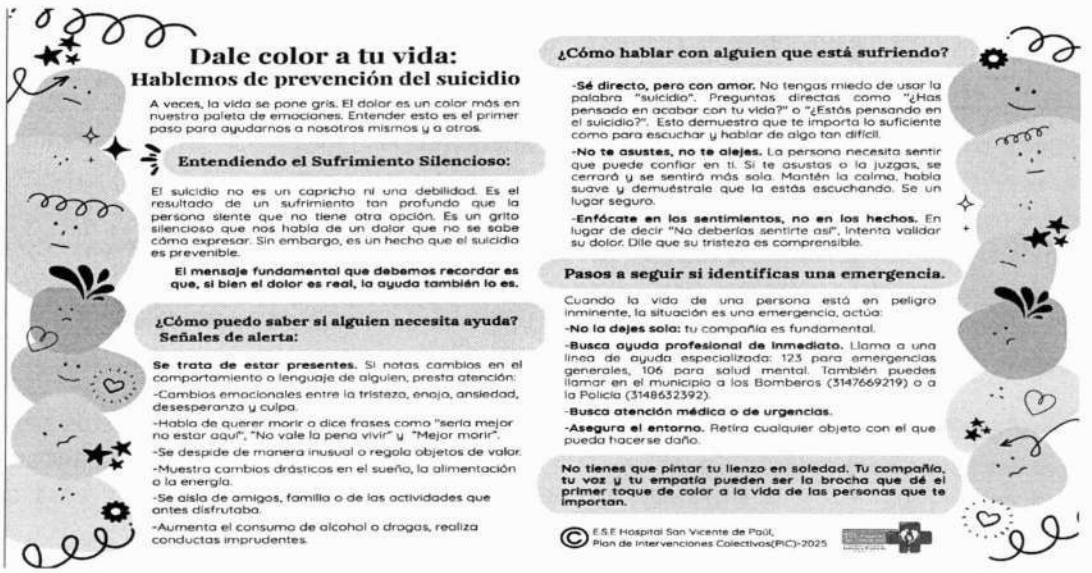
- **Registros fotográficos de Actividad 24.**
- **Listado de asistencia de Actividad 24.**
- **Material Educativo: Cartelera y folleto "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".**
- **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

Versión. 04
Vigencia:08-2024



Dale color a tu vida:
Hablemos de prevención del suicidio

A veces, la vida se pone gris. El dolor es un color más en nuestra paleta de emociones. Entender esto es el primer paso para ayudarnos a nosotros mismos y a otros.

Entendiendo el Sufrimiento Silencioso:

El suicidio no es un capricho ni una debilidad. Es el resultado de un sufrimiento tan profundo que la persona siente que no tiene otra opción. Es un grito silencioso que nos habla de un dolor que no se sabe cómo expresar. Sin embargo, es un hecho que el suicidio es prevenible.

El mensaje fundamental que debemos recordar es que, si bien el dolor es real, la ayuda también lo es.

¿Cómo puedo saber si alguien necesita ayuda? Señales de alerta:

Se trata de estar presentes. Si notas cambios en el comportamiento o lenguaje de alguien, presta atención:

-Cambios emocionales entre la tristeza, enojo, ansiedad, desesperanza y culpa.

-Habla de querer morir o dice frases como "sería mejor no estar aquí", "No vale la pena vivir" y "Mejor morir".

-Se despide de manera inusual o regala objetos de valor.

-Muestra cambios drásticos en el sueño, la alimentación o la energía.

-Se aísla de amigos, familia o de las actividades que antes disfrutaba.

-Aumenta el consumo de alcohol o drogas, realiza conductas imprudentes.

¿Cómo hablar con alguien que está sufriendo?

-**Sé directo, pero con amor.** No tengas miedo de usar la palabra "suicidio". Preguntas directas como "¿Has pensado en acabar con tu vida?" o "¿Estás pensando en el suicidio?". Esto demuestra que te importa lo suficiente como para escuchar y hablar de algo tan difícil.

-**No te asustes, no te alejes.** La persona necesita sentir que puede confiar en ti. Si te asustas o la juzgas, se cerrará y se sentirá más sola. Mantén la calma, habla suave y demuéstrale que la estás escuchando. Se un lugar seguro.

-**Enfócate en los sentimientos, no en los hechos.** En lugar de decir "No deberías sentirte así", intenta validar su dolor. Dile que su tristeza es comprensible.

Pasos a seguir si identificas una emergencia.

Cuando la vida de una persona está en peligro inminente, la situación es una emergencia, actúa:

-**No la dejes sola:** tu compañía es fundamental.

-**Busca ayuda profesional de inmediato.** Llama a una línea de ayuda especializada: 123 para emergencias generales, 106 para salud mental. También puedes llamar en el municipio a los Bomberos (3147669219) o a la Policía (3148632392).

-**Busca atención médica o de urgencias.**

-**Asegura el entorno.** Retira cualquier objeto con el que pueda hacerse daño.

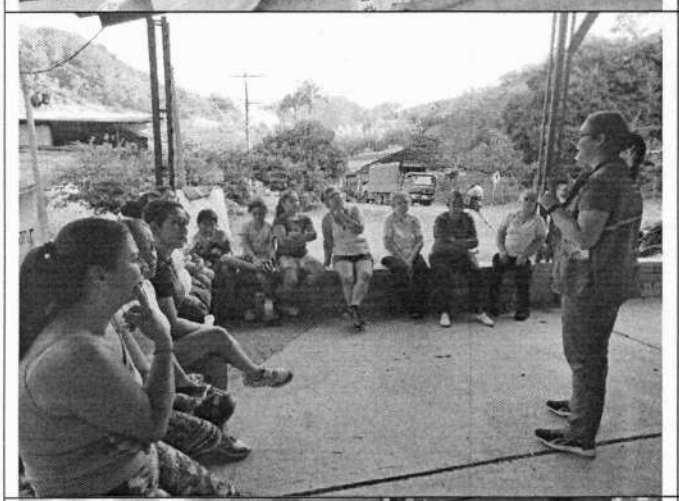
No tienes que pintar tu lienzo en soledad. Tu compañía, tu voz y tu empatía pueden ser la brocha que dé el primer toque de color a la vida de las personas que te importan.

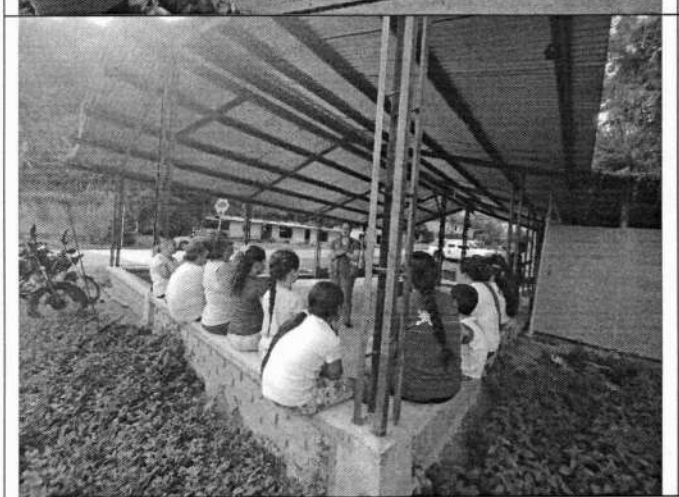
© E.S.E Hospital San Vicente de Paúl,
Plan de Intervenciones Colectivas(PIC)-2025

Anexo 1. Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".

REGISTRO FOTOGRÁFICO








Actividad 24. Obligación 6.
Fecha: 10 de septiembre de 2025
Ubicación: Sector El Rosal, caseta de acción comunal.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: 10-09-2025
Lugar: El Rosal. Nombre de la reunión: Act 6. PAP - Comunicación Asertiva. Facilitador/Conferencista: Alanny Ochoa & Angie Sabor.
Asistencia Técnica: ____ Capacitación: X /Beneficiarios: ____ / Programa: ____

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:						Información Étnica						POBLACIÓN								DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO/ROM	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva							URBANO	RURAL		SI	NO
1	Colombia Castrillon	31234 409	71		X								X													Salud total.	312608 7204	—	el Rosal	Santuario		X	Colombia C	X	
2	Gloria Nancy Galeano Toro	25195 721	47	X									X													Salud Total.	315679 6751	—	el Rosal	Santuario		X	Gloria Nancy G	X	
3	Olga lucia Calderon	25000 525	54	X									X													Asmet Salud	312698 6019	—	el Rosal	Santuario		X	Olga Lucia C	X	
4	Olga liliana obando obando	25195 217	50		X								X													Nueva EPS.	314760 1495	—	el Rosal	Santuario		X	Olga Liliana Obando	X	
5	luz yorley Aguire Naranjo	1090149 371	34		X								X													Asmet Salud.	312698 6743	—	el Rosal	Santuario		X	luz yorley Aguire	X	
6	Liseth Sandoval	1000309 952.	23		X								X													Salud Total.	314590 6165	—	el Rosal	Santuario		X	Anlaso	X	
7	Melany Valentina Hernandez	1093985 113	8		X								X													Salud Total.	321754 2804	—	el Rosal	Santuario		X	Melany	X	-
8	luciana Sanchez Castro	1112130 038	8		X								X													Salud total	No tiene.	—	el Rosal.	Santuario		X	Luciana Sanchez	X	
9	Lidia Grisales Osorio	42022 316	62		X								X													Salud Total.	314755 5901	—	el Rosal	Santuario		X	[illegible]	X	
10	luz Marina Grajales	24822 690	67		X								X													Sura.	No tiene.	—	el Rosal	Santuario		X	Luz Marina Grajales	X	
11	Mª william Gil Cortez.	25190 433	82		X								X													Asmet Salud.	320346 1851	—	el Rosal	Santuario		X	Maria William Gil	X	
12	Marta lucia Giraldo Giraldo	25079 489	67		X								X													Asmet Salud	320499 0093	—	el Rosal	Santuario		X	Marta	X	
13																																				

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Colombia Castillon
Nombre de Capacitación: Comunicación Asertiva
Nombre del instructor de la capacitación: Vicmy Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal / 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Gloria Nancy Galeano
Nombre de Capacitación: Comunicación Asertiva
Nombre del instructor de la capacitación: Jenny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Olga Lucía Calderón
Nombre de Capacitación: Comunidades Abiertas
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Olga, Ilcena, Oberdo Oberdo
Nombre de Capacitación: Comunicación Asertiva
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa U.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Luz Yuley Agudelo
Nombre de Capacitación: Comunicación Asertiva
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal / 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Liseth Sandoval
Nombre de Capacitación: Comunicación Asertiva
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Melany Valentina Hernandez
Nombre de Capacitación: Comunicación Asertiva
Nombre del instructor de la capacitación: Vicony Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Lucero Yaneth Castro
Nombre de Capacitación: Comunicación Asertiva
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Lidia Ortiz Osorio
Nombre de Capacitación: Comunicación Asertiva
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Roble, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Luz Mariana Grajales
Nombre de Capacitación: Comunicación Asertiva
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Mune. William Gil Cortes
Nombre de Capacitación: Consumo Agentes
Nombre del instructor de la capacitación: Vicmy Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Rosal, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Mathe Juan Giraldo Giraldo
Nombre de Capacitación: Comunicación Asertiva
Nombre del instructor de la capacitación: Wendy Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

REUNION ACTA No. 25

Municipio-Lugar:	Vereda Playa Rica, caseta de acción comunal.
Zona:	Rural
Fecha:	16-09-2025
Hora inicio-final	1:30 pm a 3:00pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel De La Fantasía 2".
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel De La Fantasía 2".

ORDEN DEL DÍA:

1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Caso de estudio. Módulo 6: Autocuidado, prevención del suicidio y cierre de la actividad.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el objetivo de establecer una sólida red de apoyo en temas de salud mental y prevención de violencias, se procedió a solicitar espacios a las entidades de la comunidad, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción que se realizó fue la redacción de una carta dirigida al programa "De 0 a Siempre" con la coordinación de Jesús Alberto Ospino (documento anexado en obligación 6, Informe 1.) conformada principalmente por mujeres. De esta manera, se buscó ejecutar una estrategia de educación y comunicación en salud. Para la planeación de la actividad, se gestionó un espacio en la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel De La Fantasía 2". Se procedió con la gestión de la logística (lugar, horario, materiales), así como la organización de materiales educativos anexados al acta.

2. Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP). La actividad dio inicio en una de las sedes rurales del programa. En este espacio, la docente EMILY PAREJA SUAREZ inicio con actividad

rompehielos para dinamizar la actividad con una ronda infantil con pitas para mover el cuerpo además proporciono el calendario de la tarde. Es así, como se da espacio al programa PIC, tras lo cual la actividad comenzó con una presentación a cargo del profesional en psicología del PIC, la cual se centró en el tema de los "Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad", iniciando con una actividad de reconocimiento emocional.

3. Conceptualización taller.

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva: Observar, escuchar y conectar.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Caso: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizó el caso 'El susurro del maltrato'. Los participantes interactuaron activamente en el análisis, centrando su discusión en qué acciones debían ejecutar, siguiendo los principios de los PAP y las rutas de atención establecidas.

Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre: La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho".

Para complementar esta información y reforzar la aplicación de los PAP en las situaciones más críticas,

se hizo una transición directa al tema del mes: "Dale color a tu vida: Hablemos de prevención del suicidio". Se destacó la importancia de romper el silencio ante el sufrimiento que la persona cree no tener otra opción. En este contexto, se enfatizó que el dolor es real, pero la ayuda también lo es.

Se compartieron las señales de alerta más importantes, como cambios emocionales drásticos, hablar de querer morir o realizar regalos de valor de manera inusual. Finalmente, se proporcionaron pautas claras sobre "cómo hablar con alguien que está sufriendo": acercándose directamente, sin miedo y sin juzgar, y conectando a la persona con ayuda profesional inmediata. Se recordó a los asistentes que no deben dejar sola a la persona y que su compañía, voz y empatía son el primer toque de color en la vida de quienes lo necesitan. Para asegurar la conexión con recursos, se recordaron las rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave, o centros de escucha comunitario del municipio.

El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema, así como la entrega a la docente del material para el grupo de WhatsApp.

Anexos:

- **Registros fotográficos de Actividad 25.**
- **Listado de asistencia de Actividad 25.**
- **Material Educativo: Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio" y Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"**
- **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

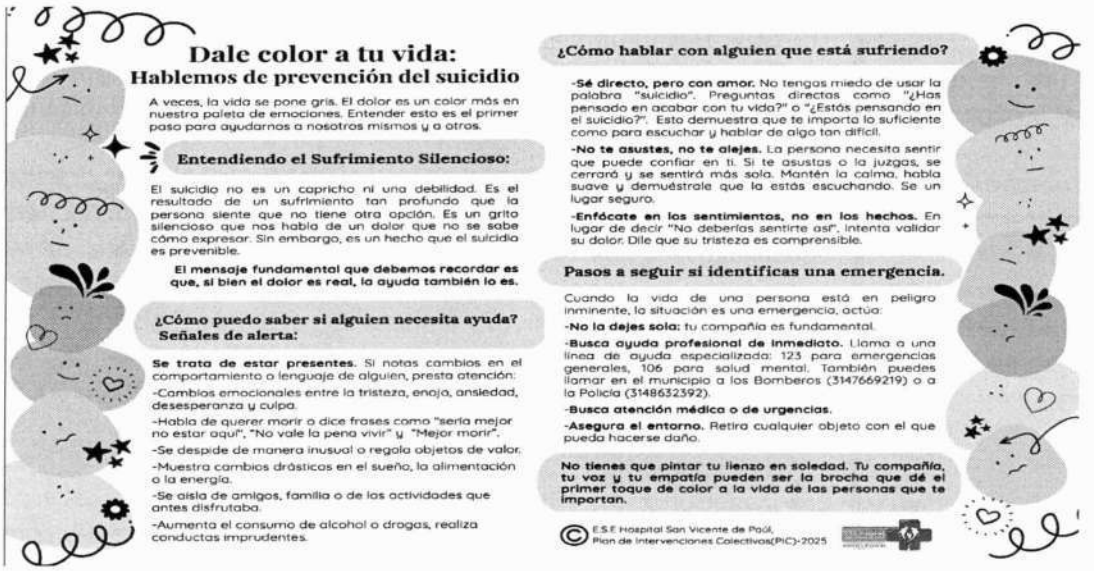
Vianny Carolina Ochoa V.

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

Angie Salazar.

FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

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



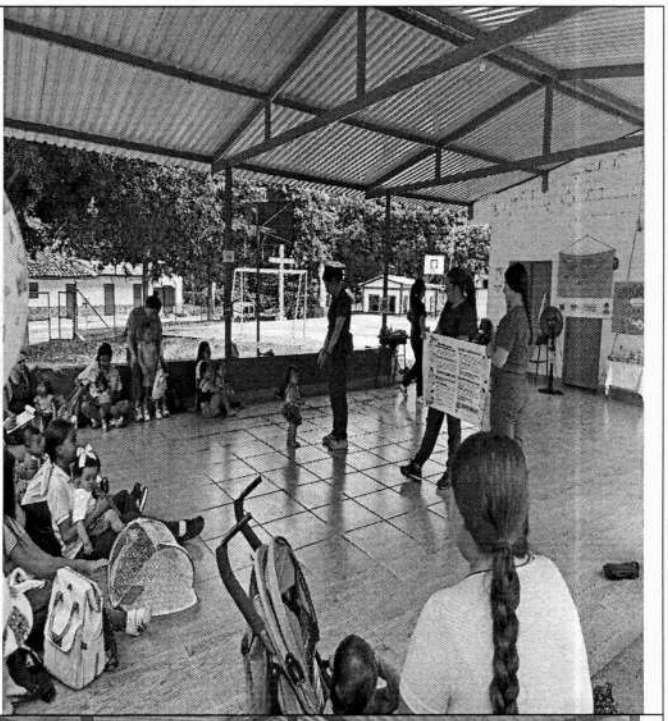
Anexo 1. Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".

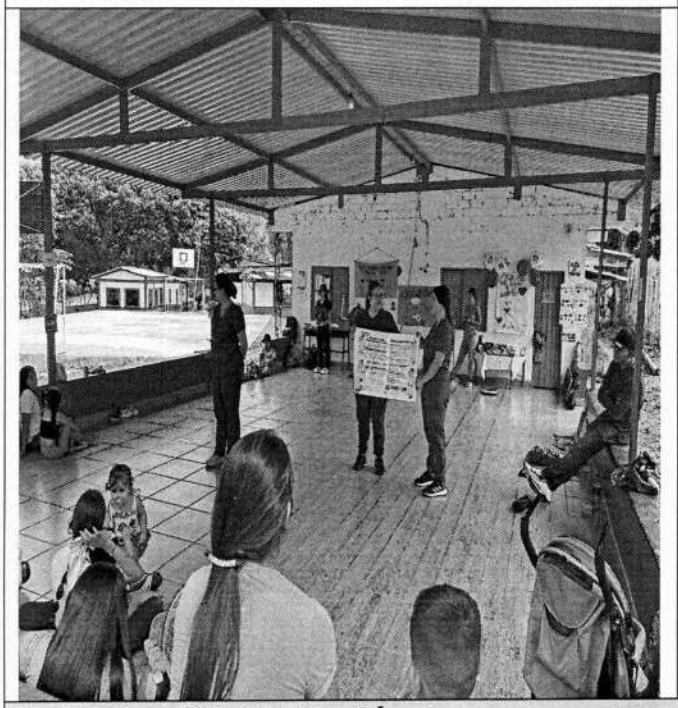


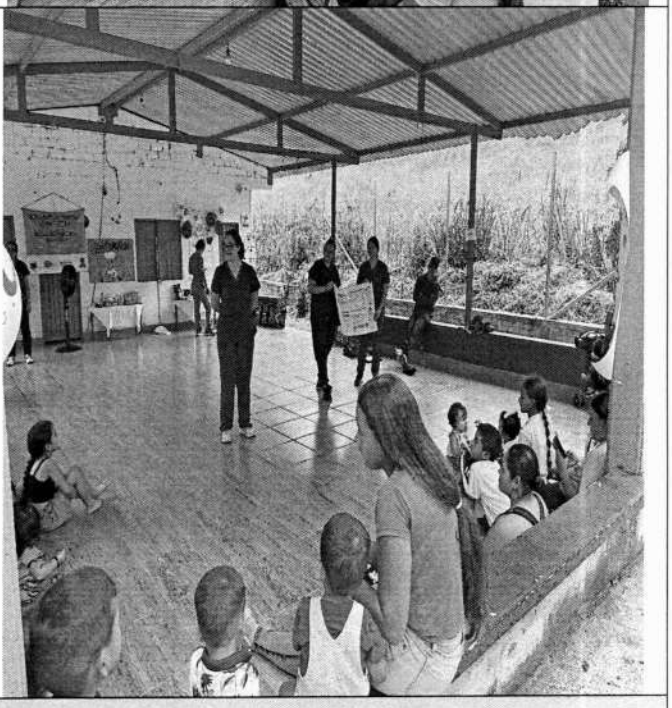
Anexo 2. Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"

REGISTRO FOTOGRÁFICO









Actividad 25. Obligación 6.
Fecha: 16 de septiembre de 2025
Ubicación: Vereda Playa Rica, caseta de acción comunal.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: 16-09-2025
Lugar: Playa Rica Nombre de la reunión: Acts. PAP Facilitador/Conferencista: Vianny Ochoa y Angie Salazar
Asistencia Técnica: ___ Capacitación: X /Beneficiarios ___ / Programa ___

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como: Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Información Étnica: Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO-ROM	Ninguna	POBLACIÓN: Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	DISCAPACIDAD: Auditiva	Visual	Física	Cognitiva	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN / ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	ZONA: URBANO	RURAL	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
1	Maria Ernestina Musique Velasco	1061431783	19	X					X																Asociación indígenas del Cauca AIC EPSI	321797 4091	—	Vereda Playa Rica	Santuario		X	Maria Ernestina	X	
2	Yineth Marin Lozano	1006526 883	23	X									X												Asmetsalud	311845 7719	—	Vereda Playa Rica	Santuario		X	Yineth Marin	X	
3	Rosa Elena Rojano Reales	6036700	25	X									X					X							Salud total	323337 5681	—	Vereda Playa Rica	Santuario		X	Rosa Rojano	X	
4	Elomaris Rojano Reales	6122006	32	X									X					X							Nueva EPS	320693 6540	—	Vereda Playa Rica	Santuario		X	Elomaris R.	X	
5	Maria Camila Velez Osorio	100475 6287	22	X									X												Asmetsalud	320771 6087	—	Vereda Cominto	Santuario		X	Ma Camila V.	X	
6	Angela Tatiana Jaramillo Urrea	1087557 321	31	X									X												Asmetsalud	310631 5938	—	Vereda Cominto	Santuario		X	Angela J.	X	
7	Maria Jose Paredes Aro	30052 415	26	X									X					X							PNNA	322653 6969	—	Vereda Playa Rica	Santuario		X	Maria	X	
8	Dayanira del Carmen Bermudo Cayado	6791622	18	X									X					X							Nueva EPS	312775 9258	—	Vereda Playa Rica	Santuario		X	Dayanira	X	
9	Alejandra David Tilano	1090150 391	26	X									X												Salud total	304265 9352	—	Vereda Cominto	Santuario		X	Alejandra david	X	
10	Katherin Naile Ocula Meneses	30864290	22	X									X					X							PNNA	312858 4505	—	Vereda Playa Rica	Santuario		X	Katherin	X	
11	Karina Colorado Rodriguez	100456 8314	22	X									X												Salud total	322568 1931	—	Vereda Playa Rica	Santuario		X	Karina C. R.	X	
12																																		
13																																		

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa Rica, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): María Ernestina Mosquera
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viviany Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa Rica, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Yineth Marin
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa Rica, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Rosa Elena Rojas R.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa Rica, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Glomaris Rojas Rada
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Cobo Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa Rica, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): María Camila Velez O.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Wanny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa Rica, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Angela Patricia Jaramillo Uribe
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vanny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa Rica, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Maria José Parra Aro
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa Rica / 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Yajanice del Carmen Bernal
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yuany Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa, Rica, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Alexandra David Uribe
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa Rica, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Katherin Nicole Rivera
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yuranny Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Playa Rica, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Jaime Colorado Rodriguez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yuma Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

REUNION ACTA No. 26

Municipio-Lugar:	Vereda La Marina, caseta de acción comunal.
Zona:	Rural
Fecha:	16-09-2025
Hora inicio-final	4:00 pm a 5:30pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel de la Interculturalidad 1".
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel de la Interculturalidad 1".

ORDEN DEL DÍA:	
1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Caso de estudio. Módulo 6: Autocuidado, prevención del suicidio y cierre de la actividad.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el objetivo de establecer una sólida red de apoyo en temas de salud mental y prevención de violencias, se procedió a solicitar espacios a las entidades de la comunidad, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción que se realizó fue la redacción de una carta dirigida al programa "De 0 a Siempre" con la coordinación de Jesús Alberto Ospino (documento anexado en obligación 6, Informe 1.) conformada principalmente por mujeres. De esta manera, se buscó ejecutar una estrategia de educación y comunicación en salud. Para la planeación de la actividad, se gestionó un espacio en la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel de la Interculturalidad 1". Se procedió con la gestión de la logística (lugar, horario, materiales), así como la organización de materiales educativos anexados al acta.

2. Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP). La actividad dio inicio en una de las sedes rurales del programa. En este espacio, la docente YESSICA RAMIREZ OSPINA inicio con actividad

rompehielos para dinamizar la actividad con una ronda infantil con pitas para mover el cuerpo además proporciono el calendario de la tarde. Es así, como se da espacio al programa PIC, tras lo cual la actividad comenzó con una presentación a cargo del profesional en psicología del PIC, la cual se centró en el tema de los "Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad", iniciando con una actividad de reconocimiento emocional.

3. Conceptualización taller.

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva: Observar, escuchar y conectar.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Caso: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizó el caso 'El susurro del maltrato'. Los participantes interactuaron activamente en el análisis, centrando su discusión en qué acciones debían ejecutar, siguiendo los principios de los PAP y las rutas de atención establecidas.

Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre: La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho".

Para complementar esta información y reforzar la aplicación de los PAP en las situaciones más críticas,

se hizo una transición directa al tema del mes: "Dale color a tu vida: Hablemos de prevención del suicidio". Se destacó la importancia de romper el silencio ante el sufrimiento que la persona cree no tener otra opción. En este contexto, se enfatizó que el dolor es real, pero la ayuda también lo es.

Se compartieron las señales de alerta más importantes, como cambios emocionales drásticos, hablar de querer morir o realizar regalos de valor de manera inusual. Finalmente, se proporcionaron pautas claras sobre "cómo hablar con alguien que está sufriendo": acercándose directamente, sin miedo y sin juzgar, y conectando a la persona con ayuda profesional inmediata. Se recordó a los asistentes que no deben dejar sola a la persona y que su compañía, voz y empatía son el primer toque de color en la vida de quienes lo necesitan. Para asegurar la conexión con recursos, se recordaron las rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave, o centros de escucha comunitario del municipio.

El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema, así como la entrega a la docente del material para el grupo de WhatsApp.

Anexos:

- **Registros fotográficos de Actividad 26.**
- **Listado de asistencia de Actividad 26.**
- **Material Educativo: Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio" y Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"**
- **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	**Ninguno adquirido.**

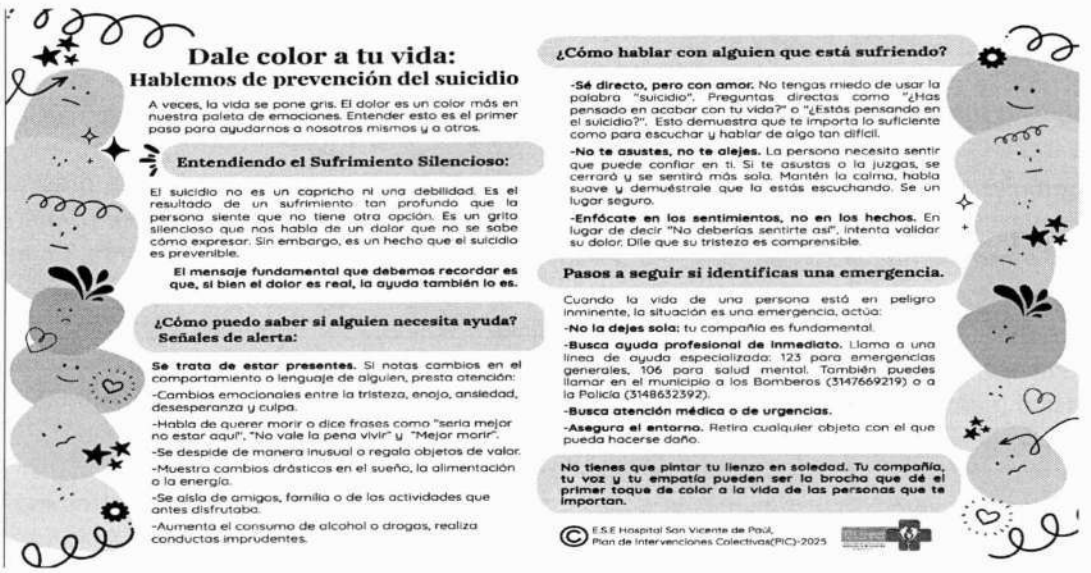
Vianny Carolina Ochoa V.

FIRMA Vianny Carolina Ochoa V.
Cargo Psicóloga PIC
Elaboró

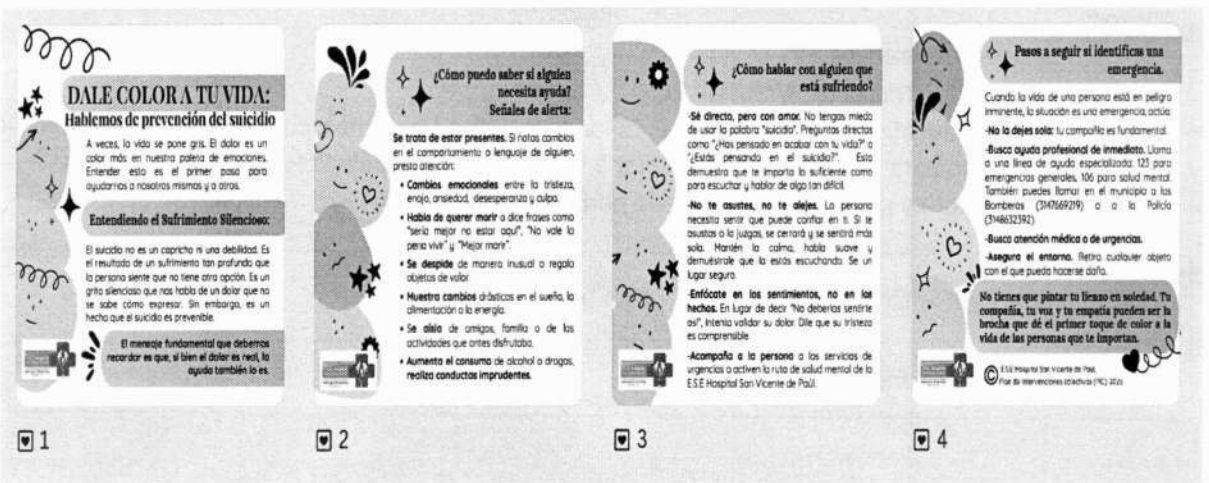
Angie Salazar.

FIRMA Angie Viviana Salazar P.
Cargo Auxiliar de enfermería PIC

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



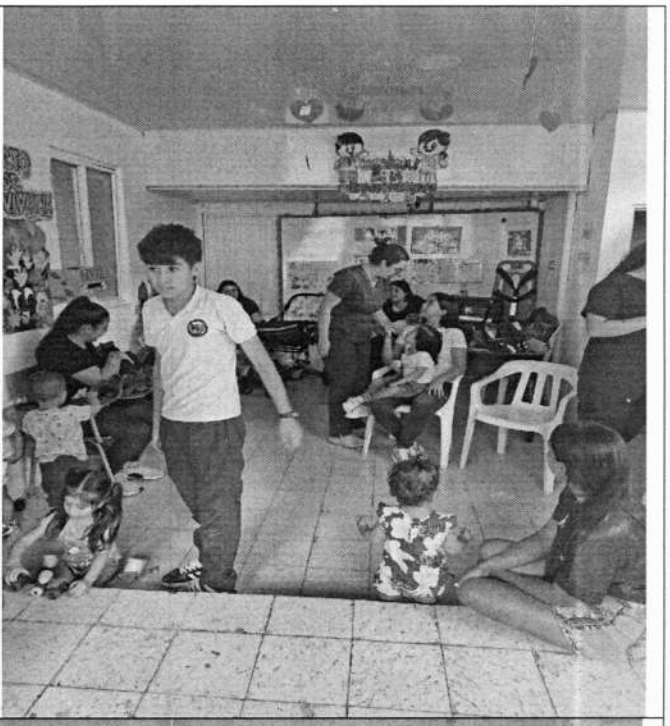
Anexo 1. Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".

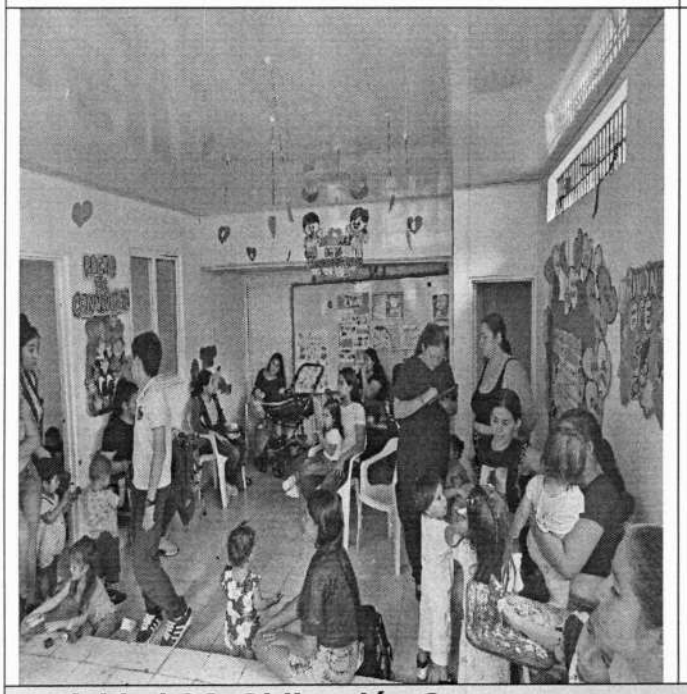


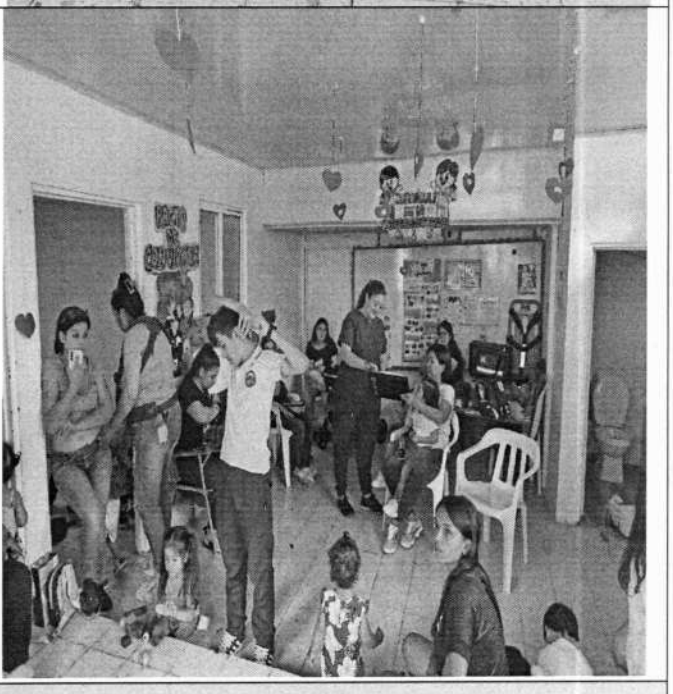
Anexo 2. Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"

REGISTRO FOTOGRÁFICO









Actividad 26. Obligación 6.
Fecha: 16 de septiembre de 2025
Ubicación: Vereda La Marina, caseta de acción comunal.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha 16-09-2025
Lugar: La Manga Nombre de la reunión: Act 6. PAP. Facilitador/Conferencista: Hanny Ochoa & Angie Sáenz

Asistencia Técnica: ____ Capacitación X /Beneficiarios ____ / Programa ____

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica					POBLACIÓN								DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO/ROM	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva						URBANO	RURAL		SI	NO
1	Lina Maria Agudelo Aguirre	1007656451	31	X									X												Nueva EPS	323315 8442	—	Vereda La Betania	Santuario		X	Lina Agudelo	X	
2	Maria Alejandra Hoyos Correa	1004565650	23	X									X												Salud total	3113798 359	—	Sector Puente Negro	Santuario		X		X	
3	Leidy Johana Jaramillo	1097037500	25	X									X												Asmetsalud	315426 8577	—	Vereda Pueblo Viejo	Santuario		X		X	
4	Lina Marcela Rua	1090150490	29	X									X												Asmetsalud	313534 4235	—	Vereda La Pradera	Santuario		X	Lina Rua.	X	
5	Valentina Rocha Amorocho	1110460304	25	X									X												Asmetsalud	313543 9135	—	Vereda La Manga	Santuario		X	Valen Rocha	X	
6	Luisa Maria Ochoa	1087561043	26	X									X												Coosalud	320681 1109	—	Sector el Rosal	Santuario		X	Luisa O.	X	
7	Juliana Andrea Gallego Cadavid	1007450293	22	X									X												Salud total	301100 5718	—	Vereda La Manga	Santuario		X	Juliana G.	X	
8	Leidy Johana Sepúlveda	1036279970	27	X									X												Asmetsalud	312695 0133	—	Vereda Pueblo Viejo	Santuario		X		X	
9	Derly Katherine Valencia Vicente	1116203535	21	X									X												SURA	312215 3984	—	Sector El Rosal	Santuario		X	Derly	X	
10	Zaira Catalina Rocha Amorocho	1110460305	23	X									X												Salud total	313330 2922	—	Sector El Rosal	Santuario		X	Catalina R	X	
11	Francy Aelena Mesa	1090150978	26	X									X												Confenalco	310419 5956	—	Sector El Rosal	Santuario		X	francy mesa.	X	
12	Yorladis Goez Giraldo	1037975128	32	X									X												Coosalud	317065 2489	—	Vereda La Manga	Santuario		X	Yorladis G.	X	
13	Andy Luz Cardenas Castillo	1104254023	22	X									X												Mutual Ser	311749 3293	—	Sector Puente Negro	Santuario		X	Andy Luz.	X	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha _____

Lugar: _____ Nombre de la reunión: _____ Facilitador/Conferencista: _____

Asistencia Técnica: _____ Capacitación _____ /Beneficiarios _____ / Programa _____

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica					POBLACIÓN							DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACIÓN/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO/ROM	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva					URBANO	RURAL		SI	NO
1	Nancy María Cardenas Castillo	10075677 11	25		X								X												Conferencio	321776 9324	—	Sector Puente Nayo	Santuario		X	Nancy C	X	
2	Deisy Jhoana Bermudez Patiño	1090149 850	32		X								X												Salud total	321636 0546	—	Sector El Raul	Santuario		X		X	
3	Blanca Janeth Sanchez Osa	1090149 360	34		X								X												Nueva EPS	322049 5308	—	Sector El Raul.	Santuario		X	Blanca Janeth	X	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marina, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Ana María Agudelo
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa, V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marina, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Maria Alejandra Hoyos
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viviana Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Morinda, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Leidy Johanna Jaramillo
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nanny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Mesenia, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Linc. Marcela Rua
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Wendy Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marina, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Valentina Ochoa A.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yuliny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marinca, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Luss Mary Ochoa
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Mary Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marina, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Dilan Andrey Gallego Cuadros.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Mesenia, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Leidy Johana Sepulveda
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nanny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marina, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Dexly Katherine Valencia
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Merina, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Zaira Catalina Rocha Amaracho
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viviana Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Manuela, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Franny Helena Mosq
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nanny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marinca, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Jorleidy García Giraldo
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viviana Carolina Ochoa Valencia.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Mosca, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Ana Luz Cardona Castaño
Nombre de Capacitación: PAD
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marina, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Nancy Mora Cadena y Castillo
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marinca, 16-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Daisy Jhoanna Bermudez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nanny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humano al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marinca, 10-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Blanca Janeth Sanchez Ossa
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Carlina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

REUNION ACTA No. 27

Municipio-Lugar:	Vereda Alta Esmeralda, caseta de acción comunal.
Zona:	Rural
Fecha:	17-09-2025
Hora inicio-final	1:30 pm a 3:00pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Pequeños Soñadores 1".
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Pequeños Soñadores 1".

ORDEN DEL DÍA:

1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Caso de estudio. Módulo 6: Autocuidado, prevención del suicidio y cierre de la actividad.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el objetivo de establecer una sólida red de apoyo en temas de salud mental y prevención de violencias, se procedió a solicitar espacios a las entidades de la comunidad, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción que se realizó fue la redacción de una carta dirigida al programa "De 0 a Siempre" con la coordinación de Jesús Alberto Ospino (documento anexado en obligación 6, Informe 1.) conformada principalmente por mujeres. De esta manera, se buscó ejecutar una estrategia de educación y comunicación en salud. Para la planeación de la actividad, se gestionó un espacio en la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Pequeños Soñadores 1". Se procedió con la gestión de la logística (lugar, horario, materiales), así como la organización de materiales educativos anexados al acta.

2. Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP). La actividad dio inicio en una de las sedes rurales del programa. En este espacio, la docente JENNIFER QUINTANA AGUDELO inicio con actividad

rompehielos para dinamizar la actividad con una ronda infantil con pitas para mover el cuerpo además proporciono el calendario de la tarde. Es así, como se da espacio al programa PIC, tras lo cual la actividad comenzó con una presentación a cargo del profesional en psicología del PIC, la cual se centró en el tema de los "Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad", iniciando con una actividad de reconocimiento emocional.

3. Conceptualización taller.

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva: Observar, escuchar y conectar.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Caso: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizó el caso 'El susurro del maltrato'. Los participantes interactuaron activamente en el análisis, centrando su discusión en qué acciones debían ejecutar, siguiendo los principios de los PAP y las rutas de atención establecidas.

Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre: La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho".

Para complementar esta información y reforzar la aplicación de los PAP en las situaciones más críticas,

se hizo una transición directa al tema del mes: "Dale color a tu vida: Hablemos de prevención del suicidio". Se destacó la importancia de romper el silencio ante el sufrimiento que la persona cree no tener otra opción. En este contexto, se enfatizó que el dolor es real, pero la ayuda también lo es. Se compartieron las señales de alerta más importantes, como cambios emocionales drásticos, hablar de querer morir o realizar regalos de valor de manera inusual. Finalmente, se proporcionaron pautas claras sobre "cómo hablar con alguien que está sufriendo": acercándose directamente, sin miedo y sin juzgar, y conectando a la persona con ayuda profesional inmediata. Se recordó a los asistentes que no deben dejar sola a la persona y que su compañía, voz y empatía son el primer toque de color en la vida de quienes lo necesitan. Para asegurar la conexión con recursos, se recordaron las rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave, o centros de escucha comunitario del municipio. El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema, así como la entrega a la docente del material para el grupo de WhatsApp. **Anexos:** • **Registros fotográficos de Actividad 27.** • **Listado de asistencia de Actividad 27.** • **Material Educativo: Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio" y Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"** • **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

Vianny Carolina Ochoa V.

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

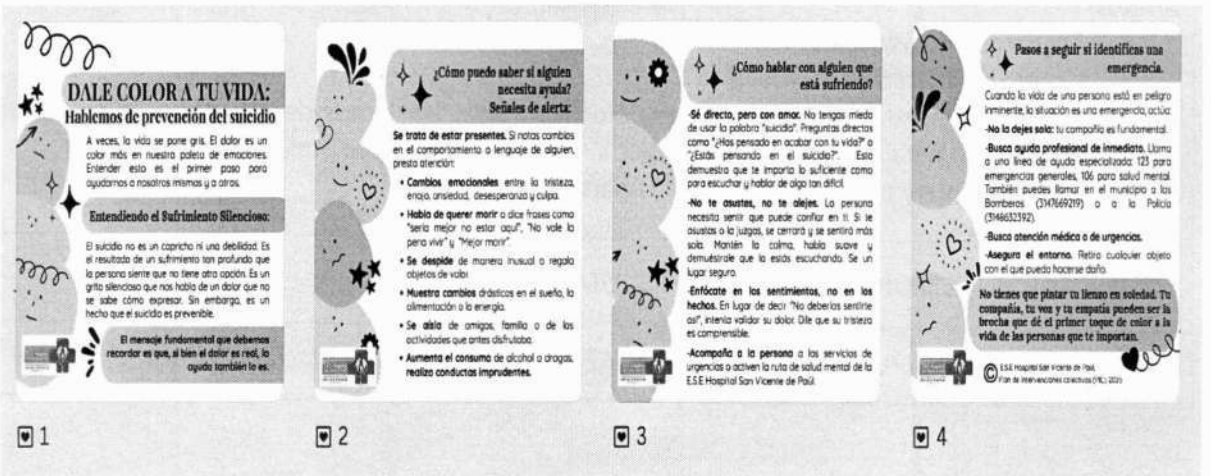
Angie Salazar.

FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

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



Anexo 1. Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".



Anexo 2. Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Actividad 27. Obligación 6.
Fecha: 17 de septiembre de 2025
Ubicación: Vereda Alta Esmeralda, caseta comunal.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: 17-09-2025
Lugar: Alta Esmeralda. Nombre de la reunión: Act 6. PAP. Facilitador/Conferencista: Yuliana Ochoa & Angie Sabier
Asistencia Técnica: Capacitación: X /Beneficiarios: / Programa:

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	Edad	Se reconoce como: Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Información Étnica: Indígena	Afrodescendiente	Raizal	ROM/GITANO	Ninguno	POBLACION: Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	DISCAPACIDAD: Auditiva	Visual	Física	Cognitiva	ENTIDAD / ORGANIZACION / ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA: URBANO	RURAL	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
1	Luz Mary Tabares.	4344 8578	47	X									X													Salud Total.	312716 1175.	—	La esmeralda	Santuario		X	Luz Mary	X	
2	Diana Garcia Tabares.	1005021 277	22	X									X													Asmet Salud.	323283 2623	—	La esmeralda	Santuario.		X	Diana Garcia	X	
3	Diana Mercedes Tombe.	1080282 420.	16	X									X													Salud Total.	312694 1077	—	La esmeralda	Santuario		X	[illegible]	X	
4	Claudia Marcela Villada Giraldo	100721 7703.	35	X									X													Asmet Salud.	322762 8413.	—	La esmeralda	Santuario		X	Marcela	X	
5	Danel Ramos. Hernandez.	25774 378.	28	X									X													Nueva EPS.	312790 0015.	—	La esmeralda	Santuario		X	[illegible]	X	
6	Rosalba Ballestero	25193 358.	61	X									X													Comfe nalco	312580 9150.	—	La esmeralda	Santuario		X	Rosalba B.	X	
7	Dahiana Sanchez Gallego	1004791 563.	28	X									X													Salud Total	312724 0248.	—	La esmeralda	Santuario		X	Dahiana S.	X	
8	yesenia Ocampo Rios.	1005021 551.	21	X									X													Comfe nalco.	313713 7330.	—	La esmeralda	Santuario		X	Yesenia O.R.	X	
9	Daniela Garcia Florez.	108742 92404	30	X									X													Asmet Salud.	312849 8915	—	La esmeralda	Santuario		X	[illegible]	X	
10	Angie lizeth Murcia Galvis	1117506 715	22	X									X													Asmet Salud	31742 88777	—	La esmeralda	Santuario		X	Angie Murcia	X	
11	Erika Tatiana Galeano Rendón	111415 3884.	17	X									X													Asmet Salud.	312661 4749	—	La esmeralda	Santuario		X	Erika Galeano	X	
12	Eilin Salazar Mirabal.	1999 235.	27	X									X					X								Nueva EPS.	311482 5808	—	La esmeralda	Santuario		X	Eilyn S	X	
13																																			

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alto Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Luz Mary Tabares
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alta Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Diana García Tabares
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alta Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Diana Mercedes Tombe
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa Valencia.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alta Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Claudia Marcela Villada Giraldo
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viviany Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alt. Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Daniel Ramos
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yiceny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [X] [ ] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alta Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Rosita Bellestero
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Carolina Ocha V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alta Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Victoria Sanchez Gallego
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vanny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alta Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Yesenia Ocampo Rios
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Mónica Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alto Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Daniela Graz Flórez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Viviana Cabrera Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alta Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Angie Lizeth Mora Galvis
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Edna Ortiz V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: AHu Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Enrique Fitzgerald Salcedo R.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yuranny Carolina Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Alto Esmeralda, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Eilen Salazar Muñoz
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

REUNION ACTA No. 28

Municipio-Lugar:	Vereda La Marina, caseta de acción comunal.
Zona:	Rural
Fecha:	17-09-2025
Hora inicio-final	4:00 pm a 5:30pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel de la Interculturalidad 3".
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel de la Interculturalidad 3".

ORDEN DEL DÍA:

1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Caso de estudio. Módulo 6: Autocuidado, prevención del suicidio y cierre de la actividad.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el objetivo de establecer una sólida red de apoyo en temas de salud mental y prevención de violencias, se procedió a solicitar espacios a las entidades de la comunidad, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción que se realizó fue la redacción de una carta dirigida al programa "De 0 a Siempre" con la coordinación de Jesús Alberto Ospino (documento anexado en obligación 6, Informe 1.) conformada principalmente por mujeres. De esta manera, se buscó ejecutar una estrategia de educación y comunicación en salud. Para la planeación de la actividad, se gestionó un espacio en la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel de la Interculturalidad 3". Se procedió con la gestión de la logística (lugar, horario, materiales), así como la organización de materiales educativos anexados al acta.

2. Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP). La actividad dio inicio en una de las sedes rurales del programa. En este espacio, la docente JUANA LICETH ZAPATA AGUILAR inicio con actividad

rompehielos para dinamizar la actividad con una ronda infantil con pitas para mover el cuerpo además proporciono el calendario de la tarde. Es así, como se da espacio al programa PIC, tras lo cual la actividad comenzó con una presentación a cargo del profesional en psicología del PIC, la cual se centró en el tema de los "Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad", iniciando con una actividad de reconocimiento emocional.

3. Conceptualización taller.

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva: Observar, escuchar y conectar.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Caso: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizó el caso 'El susurro del maltrato'. Los participantes interactuaron activamente en el análisis, centrando su discusión en qué acciones debían ejecutar, siguiendo los principios de los PAP y las rutas de atención establecidas.

Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre: La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho".

Para complementar esta información y reforzar la aplicación de los PAP en las situaciones más críticas,

se hizo una transición directa al tema del mes: "Dale color a tu vida: Hablemos de prevención del suicidio". Se destacó la importancia de romper el silencio ante el sufrimiento que la persona cree no tener otra opción. En este contexto, se enfatizó que el dolor es real, pero la ayuda también lo es.

Se compartieron las señales de alerta más importantes, como cambios emocionales drásticos, hablar de querer morir o realizar regalos de valor de manera inusual. Finalmente, se proporcionaron pautas claras sobre "cómo hablar con alguien que está sufriendo": acercándose directamente, sin miedo y sin juzgar, y conectando a la persona con ayuda profesional inmediata. Se recordó a los asistentes que no deben dejar sola a la persona y que su compañía, voz y empatía son el primer toque de color en la vida de quienes lo necesitan. Para asegurar la conexión con recursos, se recordaron las rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave, o centros de escucha comunitario del municipio.

El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema, así como la entrega a la docente del material para el grupo de WhatsApp.

Anexos:

- **Registros fotográficos de Actividad 28.**
- **Listado de asistencia de Actividad 28.**
- **Material Educativo: Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio" y Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"**
- **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

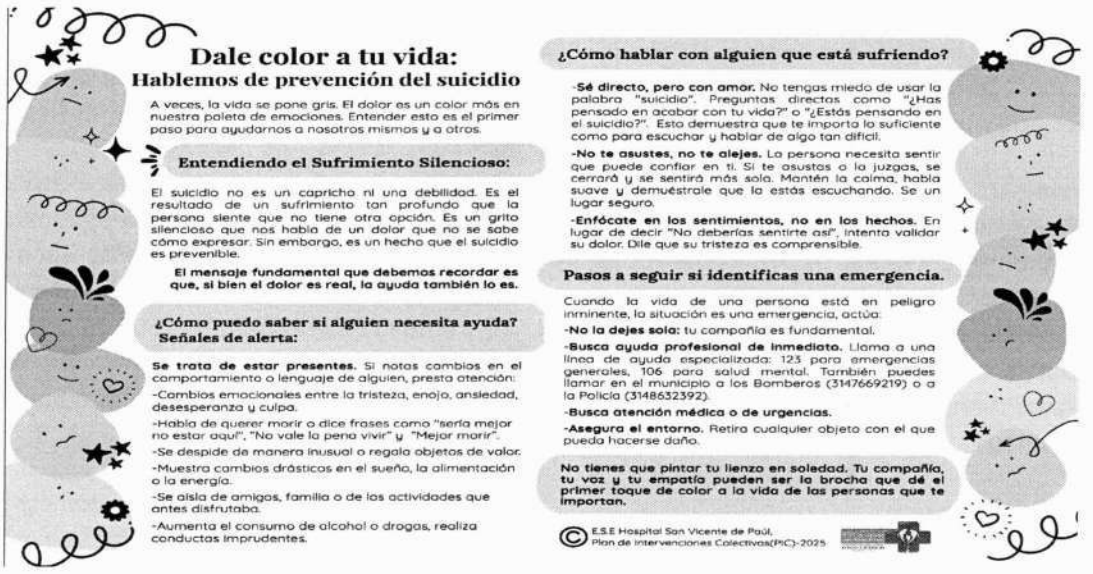
Vianny Carolina Ochoa V.

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

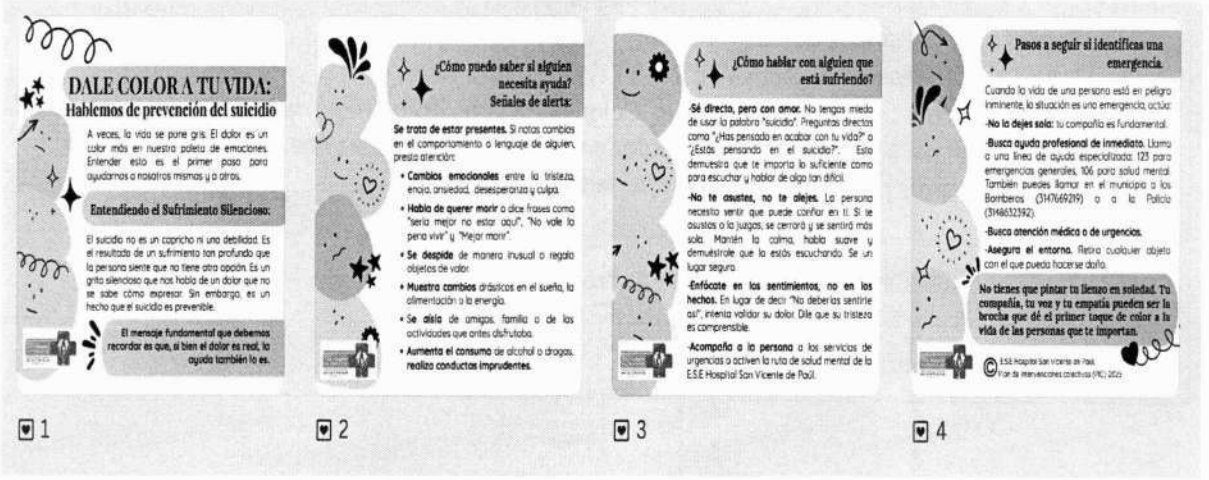
Angie Salazar

FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

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



Anexo 1. Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".



Anexo 2. Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Actividad 28. Obligación 6.
Fecha: 17 de septiembre de 2025
Ubicación: Vereda La Marina, caseta comunal.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: 17-09-2025
Lugar: La Marina, Nombre de la reunion: Act6. PAP
Facilitador/Conferencista: Yenny Ochoa & Angie S. Toro
Asistencia Técnica: Capacitacion: X /Beneficiarios: /Programa:

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	Edad	Se reconoce como: Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Información Étnica: Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO/ROM	Ninguna	POBLACION: Victima	Mujer cabeza de hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otro	DISCAPACIDAD: Auditiva	Visual	Física	Cognitiva	ENTIDAD / ORGANIZACION / ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA: URBANO	RURAL	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
1	Yeimy Alejandra Garcia	1061372457	28		X								X												Asmet Salud.	323474 6961.		La Marina	Santuario		X	Yeimi Garcia	X	
2	Paola Vinasco Mejia.	1193433853	25		X								X												Asmet Salud.	312624 2306		La Marina	Santuario		X	Paolavinasco	X	
3	Yeni Carolina Morlanda Tenorio	1004528310.	29		X								X												Salud Total.	323318 3089.		La Marina	Santuario.		X	Yenny H.	X	
4	Laura Vanesa Garcia.	1193337769	27		X								X												Comfe nalco	322404 9216		La Marina	Santuario		X	laura arboleda	X	
5	Daniela Sabazar Uribe.	1088259993.	19		X								X												Asmet Salud.	311701 8619		La Marina	Santuario		X	Daniela S.U.	X	
6	Mª Elena Rodriguez G.	1004684318.	24		X								X												Asmet Salud	323442 3550		La Marina	Santuario		X	MARIA H.	X	
7	M- Alejandra Aguirre.	1088104340	18		X								X												Nueva EPS.	314203 4956		La Marina	Santuario		X	Maria Alejandra A.	X	
8	Adriana Lucia Aristizabal.	1093558154	21		X								X												Comfe nalco	3147417822.		La Marina	Santuario		X	Adriana Lucia Aristizabal	X	
9	Yeimi Tobon Gómez	1086604375.	18		X								X												Asmet Salud	321764 5362		La Marina	Santuario		X	Yeimy Tobon.	X	
10	Claudia Calderon Cardona	32140348	42		X								X												Nueva EPS.	311550 5228		La Marina	Santuario		X	Claudia Calderon	X	
11	Lorena Ramón Vasquez.	1090077087.	31		X								X												Asmet Salud.	320652 6439		La Marina	Santuario		X		X	
12																																		
13																																		

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Mesa, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Yenny Garcia
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Mesa, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Paola Vinasco
Nombre de Capacitación: PAI
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marina, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Yenny Montoya
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOU
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Mesa / 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Juan Vanessa Gaer
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOU
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marina / 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Daniela Salazar V.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Mesa / 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Mª Helena Rodriguez G
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Marina, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Ma Alejandra Aguirre
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: N/A
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Manga, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Adrian Lucas Andrade
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VICOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Mesa, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Yeimy Tobón Ramírez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCAV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Merina, 17-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Claudia Calderon
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: La Mamma 17-09-2015
Nombre del capacitado (opcional): Loren Román Vesper
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VEOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

REUNION ACTA No. 29

Municipio-Lugar:	Calle 7 # 4-07, Auditorio de 0 a Siempre, sede principal.
Zona:	Urbano.
Fecha:	18-09-2025
Hora inicio-final	8:00 am a 9:00 am
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Pequeño Mundo De Amor 2".
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Pequeño Mundo De Amor 2".

ORDEN DEL DÍA:

1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Caso de estudio. Módulo 6: Autocuidado, prevención del suicidio y cierre de la actividad.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el objetivo de establecer una sólida red de apoyo en temas de salud mental y prevención de violencias, se procedió a solicitar espacios a las entidades de la comunidad, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción que se realizó fue la redacción de una carta dirigida al programa "De 0 a Siempre" con la coordinación de Jesús Alberto Ospino (documento anexado en obligación 6, Informe 1.) conformada principalmente por mujeres. De esta manera, se buscó ejecutar una estrategia de educación y comunicación en salud. Para la planeación de la actividad, se gestionó un espacio en la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Pequeño Mundo De Amor 2". Se procedió con la gestión de la logística (lugar, horario, materiales), así como la organización de materiales educativos anexados al acta.

2. Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP). La actividad dio inicio en una de las sedes rurales del programa. En este espacio, la docente LINDA HURTADO MARULANDA inicio con actividad

rompehielos para dinamizar la actividad con una ronda infantil con pitas para mover el cuerpo además proporciono el calendario de la mañana. Es así, como se da espacio al programa PIC, tras lo cual la actividad comenzó con una presentación a cargo del profesional en psicología del PIC, la cual se centró en el tema de los "Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad", iniciando con una actividad de reconocimiento emocional.

3. Conceptualización taller.

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva: Observar, escuchar y conectar.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Caso: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizó el caso 'El susurro del maltrato'. Los participantes interactuaron activamente en el análisis, centrando su discusión en qué acciones debían ejecutar, siguiendo los principios de los PAP y las rutas de atención establecidas.

Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre: La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho".

Para complementar esta información y reforzar la aplicación de los PAP en las situaciones más críticas,

se hizo una transición directa al tema del mes: "Dale color a tu vida: Hablemos de prevención del suicidio". Se destacó la importancia de romper el silencio ante el sufrimiento que la persona cree no tener otra opción. En este contexto, se enfatizó que el dolor es real, pero la ayuda también lo es.

Se compartieron las señales de alerta más importantes, como cambios emocionales drásticos, hablar de querer morir o realizar regalos de valor de manera inusual. Finalmente, se proporcionaron pautas claras sobre "cómo hablar con alguien que está sufriendo": acercándose directamente, sin miedo y sin juzgar, y conectando a la persona con ayuda profesional inmediata. Se recordó a los asistentes que no deben dejar sola a la persona y que su compañía, voz y empatía son el primer toque de color en la vida de quienes lo necesitan. Para asegurar la conexión con recursos, se recordaron las rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave, o centros de escucha comunitario del municipio.

El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema, así como la entrega a la docente del material para el grupo de WhatsApp.

Anexos:

- **Registros fotográficos de Actividad 29.**
- **Listado de asistencia de Actividad 29.**
- **Material Educativo: Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio" y Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"**
- **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

Vianny Carolina Ochoa Valencia

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

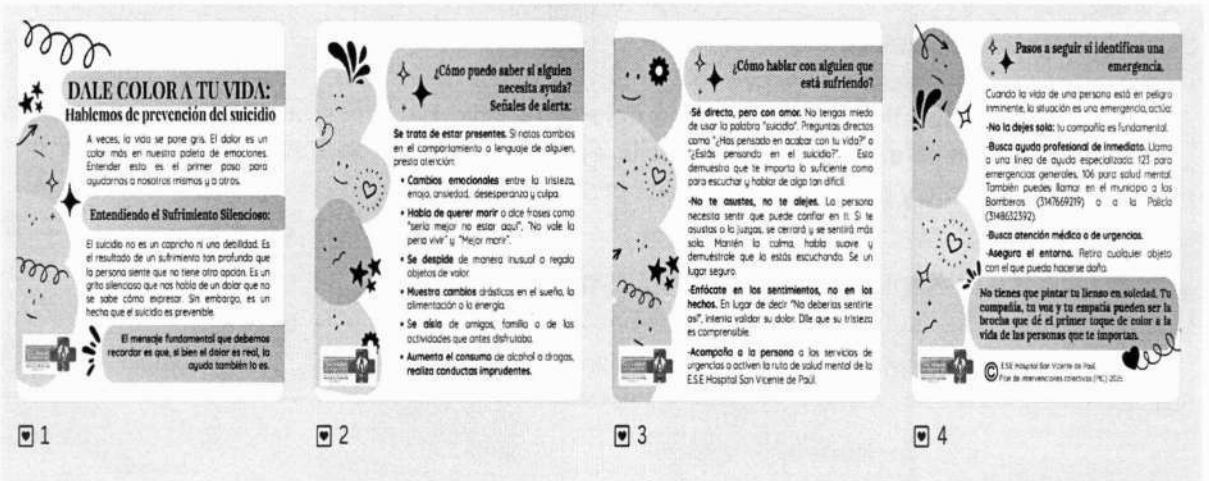
Angie Salazar.

FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

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



Anexo 1. Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".



Anexo 2. Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Actividad 29. Obligación 6.
Fecha: 18 de septiembre de 2025
Ubicación: Centro, sede de 0 a Siempre.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

• 18-09-2025
r: Centro. Nombre de la reunión: Act 6. PAP Facilitador/Conferencista: Asistencia Técnica: Capacitación X /Beneficiarios / Programa
Manny Ochoa & Angie Salazar.

	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Etnica					POBLACION								DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACION/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	GITANO/ROM	Ninguna	Victima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva					URBANO	RURAL		SI	NO
1	Josue Arcangel Canagal Muñoz	1053736 157	32	X									X												Salud total	321680 2907	—	Barrio San José	Santuario	X		ARCANGEL CANAJAL	X	
2	Stefanny Saverde Galeano	1001499 70	25		X								X												Salud total	319223 4350	—	Barrio San José	Santuario	X		stefanny 26.	X	
3	Rosa Cornelio Osorio	1090149 995	29		X								X												Asmetsalud	312744 3686	—	Vereda El tambo	Santuario		X	Rosa C	X	
4	Dulce Maria Abonce Carter	1093558 728	16		X								X												Asmetsalud	313422 6069	—	Vereda el tambo	Santuario		X	Dulce Maria	X	
5	Natalia Henao Valencia	1093558 106	21		X								X												Nueva EPS	311354 3279	—	Vereda Oro fino	Santuario		X	Natalia Henao V	X	
6	Natalia Pascal Bolivar	1090150 861	27		X								X												Nueva EPS	323522 3472	—	Barrio Los Palmos	Santuario	X		Natalia P.	X	
7	Lina Maria Sanchez Garzón	1010225 821	29		X								X												Asmetsalud	312870 0855	—	Barrio la Violeta	Santuario	X		Lina sanchez	X	
8	Maria Gisela Perez Guarin	1005021 354	23		X								X												Asmetsalud	320329 2794	—	Barrio Kennedy	Santuario	X		Maria perez	X	
9	Yesenia Morales Velez	42029 084	47		X								X												Coosalud	315550 4474	—	Barrio Kennedy	Santuario	X		Yesenia morales	X	
10	Juliana Andrea Lopeta Atehortua	1093558 336	20		X								X												Salud total	311722 7201	—	Barrio Kennedy	Santuario	X		Juliana	X	
11	Jenny Lorena Cano Ocampo	1010118 707	24		X								X												Asmetsalud	322617 6213	—	Barrio Kennedy	Santuario	X		Yenni Lorena.	X	
12	Dania Bolivar Patiño	1004794 463	23		X								X												Asmetsalud	310322 9964		Barrio Alto fatima	Santuario	X		Dania Bolivar Patiño	X	

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro / 18-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Jesus Arcangel Calvajal
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOJ
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 13-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Stefanny Laverde
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOU
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Santo / 13-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Rox Cortes
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital Luis Ysolda de Paul
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro / 13-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Dolce Mi Aboncle Cortes
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante
2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho
3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho
4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente
5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro / 18-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): ENF. Julio Heraldo Valencia,
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro / 13-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Wilmer Parada B.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Seniuerio-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro 18-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Ana María Sánchez Garzón
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOU
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro / 13-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Maria Isabel Perez Cano
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro / 13-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Yesenia Morales Velez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro / 19-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Yuliana Zapata
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 18-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Jeimy Lorena Cano
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [X] [ ] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: Centro, 13-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Anuar Bolaño Patiño
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: VCOV.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [X] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

REUNION ACTA No. 30

Municipio-Lugar:	Vereda El Brillante, caseta de acción comunal.
Zona:	Rural
Fecha:	18-09-2025
Hora inicio-final	11:00 am a 12:30pm
Asunto:	Obligación 6.
Personas citadas:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel de la Interculturalidad 2".
Asistentes:	Equipo Básico de Salud n.º 6 (EBS 6) y los usuarios del programa "De Cero a Siempre" de la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel de la Interculturalidad 2".

ORDEN DEL DÍA:

1.	Actividades previas a la actividad.
2.	Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP).
3.	Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan" y la conceptualización de los PAP Módulo 2: Momentos para aplicar los PAP. Módulo 3: Principios clave de los PAP Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP. Modulo 5. Caso de estudio. Módulo 6: Autocuidado, prevención del suicidio y cierre de la actividad.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Actividades previas a la actividad. Con el objetivo de establecer una sólida red de apoyo en temas de salud mental y prevención de violencias, se procedió a solicitar espacios a las entidades de la comunidad, asociaciones y organizaciones pertinentes. La primera acción que se realizó fue la redacción de una carta dirigida al programa "De 0 a Siempre" con la coordinación de Jesús Alberto Ospino (documento anexado en obligación 6, Informe 1.) conformada principalmente por mujeres. De esta manera, se buscó ejecutar una estrategia de educación y comunicación en salud. Para la planeación de la actividad, se gestionó un espacio en la Unidad Comunitaria de Atención (UCA) "Carrusel de la Interculturalidad 2". Se procedió con la gestión de la logística (lugar, horario, materiales), así como la organización de materiales educativos anexados al acta.

2. Actividades iniciales primeros auxilios psicológicos (PAP). La actividad dio inicio en una de las sedes rurales del programa. En este espacio, la docente JOHN JAIRO HERRERA CUELLAR inicio con actividad

rompehielos para dinamizar la actividad con una ronda infantil con pitas para mover el cuerpo además proporciono el calendario de la mañana. Es así, como se da espacio al programa PIC, tras lo cual la actividad comenzó con una presentación a cargo del profesional en psicología del PIC, la cual se centró en el tema de los "Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Un Acto de Humanidad", iniciando con una actividad de reconocimiento emocional.

3. Conceptualización taller.

Módulo 1: Actividad "Palabras que acompañan": Se abordó el módulo de "Palabras que acompañan", invitando a los participantes a reflexionar sobre las palabras, acciones, gestos o frases que les gustaría escuchar en momentos de crisis. Se compartieron ejemplos de apoyo verbal y no verbal, como decir "Estoy contigo", "Te escucho", "Tómate tu tiempo", o a través de un abrazo o una mirada amable. Esto dio paso al núcleo de la presentación, donde se explicó qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Se describieron como una intervención inmediata en crisis, un "botiquín emocional" para generar calma temporal. Se enfatizó que los PAP no buscan resolver el problema de fondo, sino estabilizar a la persona, ofrecer una escucha activa y empática, y conectarla con recursos y ayuda profesional si es necesario. La clave es intervenir cuando el dolor desborda los recursos habituales de la persona.

Módulo 2. Momentos para aplicar los PAP: Este módulo se centró en identificar los momentos adecuados para aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de intervenir de manera oportuna y efectiva ante situaciones de crisis.

Módulo 3. Principios clave de los PAP: Se detallaron los tres principios clave de los PAP para brindar una ayuda ética y efectiva: Observar, escuchar y conectar.

Módulo 4: Pautas de apoyo para una adecuada y efectiva aplicación de los PAP: Para ilustrar los principios, se presentó un ejemplo de lo que se debe y no se debe decir en una crisis, destacando la importancia de preguntar "¿Qué necesitas en este momento?". Se resaltaron pautas para un apoyo efectivo, como ofrecer una presencia respetuosa, escuchar con el corazón, validar emociones y mantener la conexión.

Módulo 5: Caso: Para ilustrar de forma práctica la aplicación de los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, se analizó el caso 'El susurro del maltrato'. Los participantes interactuaron activamente en el análisis, centrando su discusión en qué acciones debían ejecutar, siguiendo los principios de los PAP y las rutas de atención establecidas.

Módulo 6: Autocuidado, resolución de preguntas, agradecimiento y cierre: La presentación concluyó con un módulo crucial sobre el autocuidado del auxiliador. Se advirtió que el acto de ayudar puede ser desgastante y causar "fatiga por compasión". Por ello, se aconsejó a los participantes a hablar con alguien, tomar pausas, dormir bien y soltar aquello que no les corresponde. El mensaje final fue contundente: "no pueden ser refugio de otros si ustedes están en ruinas. Cuidarte no es egoísmo... es tu derecho".

Para complementar esta información y reforzar la aplicación de los PAP en las situaciones más críticas,

se hizo una transición directa al tema del mes: "Dale color a tu vida: Hablemos de prevención del suicidio". Se destacó la importancia de romper el silencio ante el sufrimiento que la persona cree no tener otra opción. En este contexto, se enfatizó que el dolor es real, pero la ayuda también lo es.

Se compartieron las señales de alerta más importantes, como cambios emocionales drásticos, hablar de querer morir o realizar regalos de valor de manera inusual. Finalmente, se proporcionaron pautas claras sobre "cómo hablar con alguien que está sufriendo": acercándose directamente, sin miedo y sin juzgar, y conectando a la persona con ayuda profesional inmediata. Se recordó a los asistentes que no deben dejar sola a la persona y que su compañía, voz y empatía son el primer toque de color en la vida de quienes lo necesitan. Para asegurar la conexión con recursos, se recordaron las rutas de atención en salud mental y violencias, así como el número de la Línea Amiga de Risaralda 106 o 606 340 0344, un recurso clave, o centros de escucha comunitario del municipio.

El evento concluyó con una invitación a los asistentes para seguir participando en estos espacios y en actividades físicas comunitarias. Se les animó a establecer estas acciones en sus propias comunidades y, para dar continuidad a la estrategia, se les proporcionó un teléfono personal para agendar o preguntar más sobre el tema, así como la entrega a la docente del material para el grupo de WhatsApp. Es importante aclarar que el registro fotográfico se efectuó una vez finalizado el encuentro. Por este motivo, algunos participantes, particularmente las madres, ya se habían retirado. Adicionalmente, se observa que varios jóvenes estudiantes se instalaron en la caseta comunal a la espera de su transporte, lo que explica la composición y el número final de asistentes capturados en las imágenes.

Anexos:

- **Registros fotográficos de Actividad 30.**
- **Listado de asistencia de Actividad 30.**
- **Material Educativo: Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio" y Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"**
- **Encuestas pre y post actividad en cada participante.**

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	Ninguno adquirido.

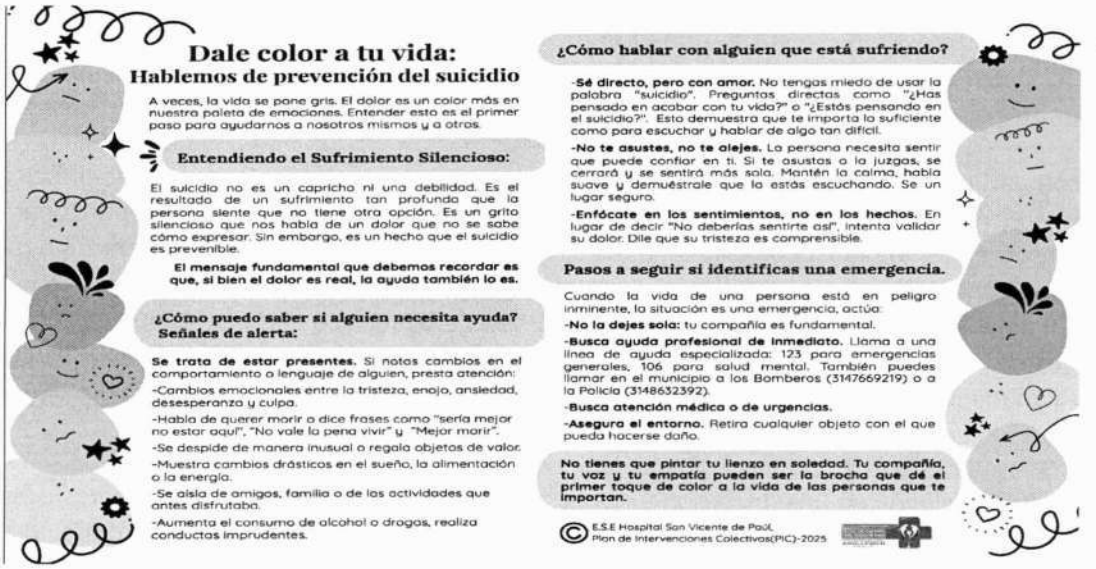
Vianny Carolina Ochoa Valencia

FIRMA **Vianny Carolina Ochoa V.**
Cargo **Psicóloga PIC**
Elaboró

Angie Salazar.

FIRMA **Angie Viviana Salazar P.**
Cargo **Auxiliar de enfermería PIC**

Versión. 04
Vigencia:08-2024

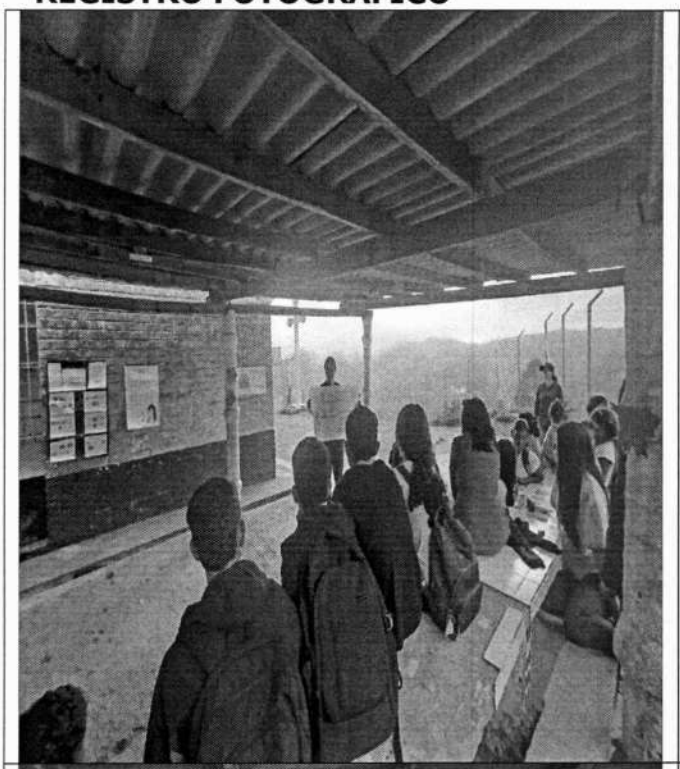


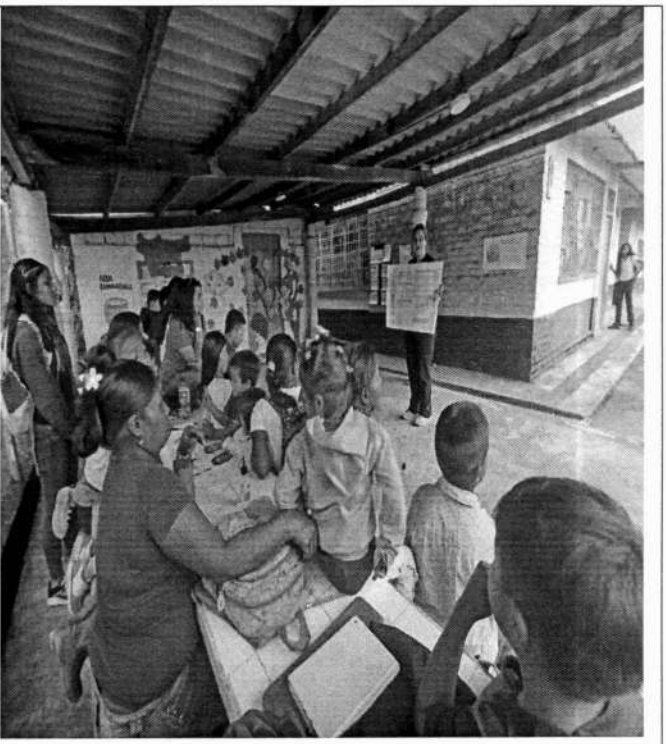
Anexo 1. Cartelera "Dale Color a tu vida. Hablemos de prevención del suicidio".

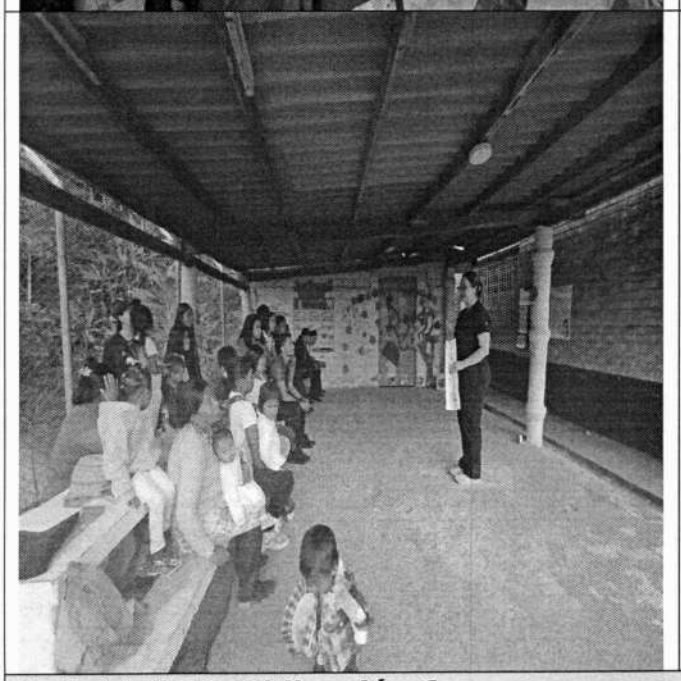


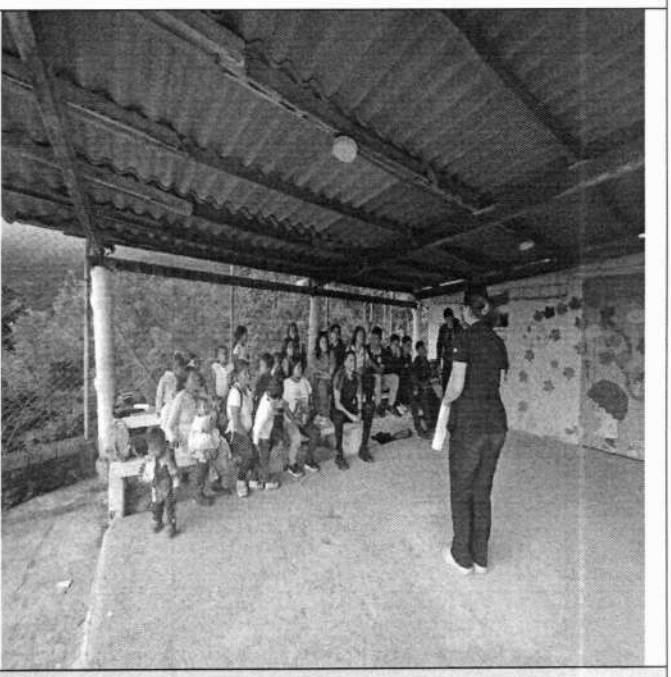
Anexo 2. Publicación para WhatsApp: "Dale Color a tu Vida: Hablemos de Prevención del Suicidio"

REGISTRO FOTOGRÁFICO









Actividad 30. Obligación 6.
Fecha: 18 de septiembre de 2025
Ubicación: Vereda El Brillante, caseta comunal.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de salud

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
SANTUARIO
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES EXTERNAS - COMUNIDADES

Fecha: 19-09-2025
Lugar: El Brillante Nombre de la reunión: Act 6. PAP
Facilitador/Conferencista: Vianny Ochoa & Angie Salazar.
Asistencia Técnica: ____ Capacitación: X /Beneficiarios: ____ / Programa: ____

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	Edad	Se reconoce como:					Información Étnica					POBLACION								DISCAPACIDAD				ENTIDAD / ORGANIZACION/ ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	MUNICIPIO	ZONA		FIRMA	(AUTORIZO EL USO DE DATOS)	
				Hombre	Mujer	Mujer Trans	Hombre Trans	Otro	Indígena	Afrodescendiente	Rural	GITANO/ROM	Ninguna	Víctima	Mujer cabeza de Hogar	LGTBIQ+	Reincorporado	Migrante	Retornado	Otra	Auditiva	Visual	Física	Cognitiva						URBANO	RURAL		SI	NO
1	Dora Osorio Bigama	1093559240	40		X				X					X												Pijao Salud.	310386 6256.	—	el Brillante	Santuario		X	No Firma		
2	Rosalba Bigama Negrincama	1090150023	57		X				X					X												Comfe nalco.	No tiene.	—	el Brillante	Santuario		X	Rosalba	X	
3	Luz Divid Negrincama.	1083518 4077.	32		X				X					X												Asmet Salud.	318760 9447.	—	el Brillante.	Santuario		X	Luz Divia		
4	Ana Luisa Bigama Negrincama	1093559436.	25		X				X					X												Nueva EPS.	320563 6818.	—	el Brillante	Santuario		X	Ana Luisa	X	
5	Angeyi Daniela Cardona Franco	1004627788	28		X								X													Asmet Salud.	311836 9571	—	el Brillante	Santuario		X	Angeyi Cardona	X	
6	Hª Nelcy Francolandonio	42029567	48		X								X													Asmet Salud.	311836 9571.	—	el Brillante.	Santuario		X	Nelsy	X	
7	Angie Paola Ortiz Benitez.	1000404700.	25		X								X													Comfe nalco.	310413 0843.	—	el Brillante	Santuario		X	Angie P. Ortiz		-
8	Claudia Liliana Calderon Cardona	32110348	42		X								X													Nueva EPS.	311550 5228.	—	el Brillante.	Santuario		X	Claudia Calderón		
9	Alben Camargo Otalvaro	111783 8363.	29		X								X													Nueva EPS.	No tiene.	—	el Brillante	Santuario		X	Alben.	X	
10	Angelica Sanchez Moreno	1093559054.	15		X								X													Asmet Salud	322698 4221.	—	el Brillante.	Santuario		X	Angelica S.	X	
11	Leidy Vanessa Cardona Franco	1093546021.	21		X								X													Asmet Salud.	311836 9571.	—	el Brillante.	Santuario		X	Leidy Cardona.	X	
12																																		
13																																		

(Política de Tratamiento de Datos Personales - Decreto 06 de julio de 2020)

Versión: 05
Vigencia: 08-2024

E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Ballenate, 19-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Dor. Osno
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Bonillo, 13-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Roxelia Bigurra
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Brillante, 18-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Luz Dilia Nequirucma
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nenny Ocha V.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Ballante, 19-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Angelica Bayuelo
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nidia Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Brillante, 13-04-2025
Nombre del capacitado (opcional): Angely Dark Cardoz
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Ballentes, 18-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Weky Franco Londoño
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Manny Arias
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Ballante, 18-04-2025
Nombre del capacitado (opcional): Angie Paola Ortiz B.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Nancy Ochoa.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl
Calidad humana al servicio de la salud familiar
Santuario-Risaralda

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Ballonte, 18-04-2025
Nombre del capacitado (opcional): Claudia Lilian Caldaron
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vany Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Brillante / 13-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Alber Cortaja
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Vianny Ochoa
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Brillante, 19-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Angelica Sanchez
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa L.
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

Formato de Encuesta de Evaluación Pre y Post por Actividad.

Lugar y Fecha: El Bolante, 13-09-2025
Nombre del capacitado (opcional): Jenny Vanessa Cardona F.
Nombre de Capacitación: PAP
Nombre del instructor de la capacitación: Yenny Ochoa V
Unidad o Dependencia que presta la Capacitación: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, SANTUARIO.

Parte 1: ANTES de la Actividad (Evaluación PRE)

Instrucciones: Antes de iniciar la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Nada" y 5 es "Mucho" o "Totalmente de acuerdo".

1. ¿Qué tan relevante considera el tema de esta actividad para sus necesidades o su rol actual?
   Nada relevante (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy relevante

2. ¿Qué tanto conocimiento o experiencia previa tiene sobre el tema que se abordará hoy?
   Ninguno (1) [X] [ ] [ ] [ ] [ ] (5) Mucho

3. ¿Qué tanto espera que esta actividad le ayude a mejorar alguna habilidad o a resolver un problema específico? Nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Mucho

4. ¿Qué tan motivado/a se siente para participar activamente en esta sesión?
   Poco (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Muy motivado/a

Parte 2: DESPUÉS de la Actividad (Evaluación POST)

Instrucciones: Una vez finalizada la actividad, por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Deficiente" y 5 es "Excelente" o "Totalmente de acuerdo".

1. El contenido de la actividad fue claro y bien estructurado.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

2. La metodología utilizada facilitó mi aprendizaje.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

3. El instructor demostró dominio del tema y supo resolver dudas.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

4. En general, la actividad fue útil y aplicable a mi contexto.
   Deficiente (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Excelente

5. ¿La actividad cumplió las expectativas que tenía antes de iniciar?
   Para nada (1) [ ] [ ] [ ] [ ] [X] (5) Totalmente

Espacio para comentarios (Opcional):

- Lo más valioso de esta actividad fue: _____
  _____
  _____

- Sugerencia(s) para mejorar esta actividad en el futuro: _____
  _____
  _____
  _____

identificacion_paciente	nombre_paciente	eps_paciente	CODIGO	NOMBRE	CANT	TOTAL
1061372457	GARCIA ARCE YEIMY ALEJANDRA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1004528310	MARULANDA HENAO YENNY CAROLINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1193337769	GARCIA ARBOLEDA LAURA VANESA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1088259993	URIBE SALAZAR DANIELA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1004684318	RODRIGUEZ GIRALDO MARIA HELENA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1088104340	AGUIRRE ZAPATA MARIA ALEJANDRA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093558154	ARISTIZABAL CANO ADRIANA LUCIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
32110348	CALDERON CARDONA CLAUDIA LILIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1007656451	AGUDELO AGUIRRE LINA FERNANDA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1004565650	HOYOS CORREA MAIRA ALEJANDRA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1097037500	JARAMILLO HENAO LEIDY JOHANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090150490	RUA AGUDELO LINA MARCELA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1110460304	ROCHA AMOROCHO KAREN VALENTINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1086279870	SEPULVEDA RAMOS LEIDY JOHANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1116203535	VALENCIA VIDARTE DERLY KATERINE	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1110460305	ROCHA AMOROCHO ZAIRA CATALINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090150978	MESA ALVAREZ FRANCY ELENA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1005567711	CARDENAS CASTILLO NANCY MARIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090149850	BERMUDEZ RESTREPO LEIDY YOHANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090149360	SANCHEZ OSSA BLANCA YANET	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
26592118	SALAZAR VARGAS MERCEDES	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056

846792	ESIS VIERA MAGLOBY JOSEFINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1017272208	CAMPIÑO RENDON VALENTINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090150989	USUGA GUAPACHA MARIA VICKY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1004794681	VALENCIA RAMOS CAMILA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090150156	BALLESTEROS RESTREPO VIVIANA MILENA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25193148	VALENCIA LLANO GLADYS	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
42825868	ACEVEDO ROJAS ELIANA ANDREA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1014281042	BRAVO RODRIGUEZ DANDRY CANDELARIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1077449400	PALACIOS VALENCIA OMAIRA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093558019	CANO NARANJO DANIELA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
6741269	CARRASQUEL GARRIDO ELIS YOHANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
72160641	SERRANO TORRES MARIA ENCARNACION	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093558271	SIAGAMA GUASORNA LUZ IDIANES	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093536139	NEQUIRUCAMA BIGAMA ERLINDA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1131044301	MOÑA GUARABATA YANETH	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1005044036	SUAREZ IRENES	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
4589169	ORREGO TAMAYO JAIRO DE JESUS	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093558241	GALVIS ZAPATA LIDNY ALEXANDRA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090150145	ALVAREZ GIL MARIA LUDIBIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1142517920	MONTOYA SANCHEZ YOSUNE	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1087555059	ACEVEDO FRANCO PAOLA ANDREA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1135164077	DOSABIA WAZORNA ROSA DELIS	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056

1133719105	CHALARCA OCHOA ISILDA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090150321	SERNA AGUIRRE ERIKA JOHANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1004627229	CASTAÑEDA VELEZ DEYCI YECENIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1087560357	LONDOÑO ZAPATA YESICA FERNANDA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
31234409	CASTRILLON QUICENO COLOMBIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25195721	GALEANO TORO GLORIA NANCY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25000525	CALDERON MARIN OLGA LUCIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25195217	OBANDO OBANDO OLGA LILIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090149371	AGUIRRE NARANJO LUZ YORLEY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1000307952	SANDOVAL OTALVARO LISETH	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093985113	HERNANDEZ CUESTA MELANY VALENTINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1112130038	SANCHEZ CASTRO LUCIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
42022316	GRISALES OSORIO LIDIA DE JESUS	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
24822690	GRAJALES OSPINA LUZ MARINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25190433	GIL CORTES MARIA WILLIAM	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25079489	GIRALDO GIRALDO MARTHA LUCIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090149371	AGUIRRE NARANJO LUZ YORLEY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093985113	HERNANDEZ CUESTA MELANY VALENTINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090333339	CUESTA GAÑAN NANCY ESTELA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090149360	SANCHEZ OSSA BLANCA YANET	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
24822690	GRAJALES OSPINA LUZ MARINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1088536477	GOMEZ CORRALES MARY LUZ	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056

25190433	GIL CORTES MARIA WILLIAM	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
38445538	URIBE RENDON MARIA NOHEMY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1112130038	SANCHEZ CASTRO LUCIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
42022316	GRISALES OSORIO LIDIA DE JESUS	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
24412882	CORRALES AMAYA MARTA CECILIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25195989	AGUDELO BENJUMEA ADRIANA PATRICIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
24372586	LOPEZ GALVIS GLORIA YANETH	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1077449400	PALACIOS VALENCIA OMAIRA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090150315	RAMIREZ OSPINA YESICA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1005021642	JIMENEZ ROJAS MARIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25195252	JIMENEZ RIOS SANDRA MILENA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25194660	CASTAÑEDA VALERO MARIA CRISTINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25196405	ROMERO CLEDIA SHIRLEY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
18609737	CARDONA QUINTERO YENIER MAURICIO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25195405	VALENCIA MONTOYA SANDRA MILENA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1088537150	HINCAPIE ACEVEDO ANA MARIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
4589103	FRANCO HENAO JOSE EDELBERTO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1007220359	TORO LOAIZA MIGUEL ANGEL	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
9957951	JARAMILLO SERNA JOSE DANIEL	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
9957697	CANO HENAO CARLOS ANDRES	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
9955386	VALENCIA ZULETA CARLOS AURELIO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1061431783	MUSICUE VELASCO MARIA HERNESTINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056

1006526883	MARIN LOZANO YINETH	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
6036700	ROJANO REALES ROSA ELENA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1004756287	VELEZ OSORIO MARIA CAMILA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1087557321	JARAMILLO URREA ANYELA TATIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
30052415	PAREDES ARO MARIA JOSE	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1004568314	COLORADO RODRIGUEZ KARINA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
43448578	TABARES CARDONA LUZ MARY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1005021277	GARCIA TABAREZ DIANA PAOLA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1080262420	TUNUBALA TOMBE DIANA MERCEDES	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1007217703	VILLADA GIRALDO CLAUDIA MARCELA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
VEN66687000613	RAMOS HERNADEZ RONAIBERT DANIEL	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
25193358	BALLESTEROS BALLESTEROS ROSALBA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1004791563	SANCHEZ GALLEGO DAHIANA MARCELA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1005021551	OCAMPO RIOS YESENIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1087492404	GARCIA FLOREZ DANIELA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1117506715	MURCIA GALVIS ANGIE LIZETH	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1114153884	GALEANO RENDON ERIKA TATIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1999235	SALAZAR MIRABAL EILYN FLORIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1033736157	CARVAJAL MUÑOZ JESUS ARCANGEL	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090149970	LAVERDE GALEANO STEFANNY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090149995	CORRALES OSORIO ROSA AMALIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093558728	ABONCE CORTES DULCE MARIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056

1093558106	HENAO VALENCIA NATALIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090150861	POSADA BOLIVAR YEIMI NATALIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1010225821	SANCHEZ GARZON LINA MARIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1005021354	PEREZ GUARIN MARIA JISELA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
42029084	MORALES VELEZ MARIA LICENIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093558336	ZAPATA ATEHORTUA JULIANA ANDREA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1010118707	CANO OCAMPO YEIMI LORENA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1004794463	BOLIVAR PATIÑO DANIA FERNANDA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093559240	OSORIO BIGAMA DORA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090150023	BIGAMA NEQUIRUCAMA ROSALBA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1005021642	JIMENEZ ROJAS MARIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1090150315	RAMIREZ OSPINA YESICA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1135184077	NEQUIRUCAMA OSORIO LUZ DIVIA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093559436	BIGAMA NEQUIRUCAMA ANA LUISA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1004627788	CARDONA FRANCO ANGEYI DANIELA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
42029567	FRANCO LONDOÑO MARIA NELSY	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1000404700	ORTIZ BENITEZ ANGIE PAOLA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
32110348	CALDERON CARDONA CLAUDIA LILIANA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1093559054	SANCHEZ MORENO ANGELICA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1087546021	CARDONA FRANCO LEIDY VANESA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
1005021354	PEREZ GUARIN MARIA JISELA	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL DEL RISARALDA	I11103	EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA	1	10056
TOTAL					130	1307280