E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD



MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

Mahates Bolívar, 21 de octubre de 2025.

Doctor (a): Danisbel Yepez.
Secretario (a) de Salud Municipal
Municipio de: San Juan Nepomuceno.

ASUNTO: Archivo de documentos relacionados con el Contrato **N° 1144 del 9 de abril de 2025 Anexo N° 14.**

Cordial Saludo y Éxitos en sus labores diarias.

Adjunto a la presente, se hace entrega de los documentos relacionados con las actividades de la etapa de **EJECUCION**, contempladas en el contrato **N° 1144 del 9 de abril de 2025 - Anexo N° 14**, suscrito entre la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR** y la **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, para ser archivada en su despacho, para la ejecución por parte del Hospital y bajo las acciones del componente de discapacidad que consistente en Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar.

Adjunto a esta misiva una carpeta con el siguiente contenido:

1. Cronograma y agenda de trabajo de Actividades.
2. Copia de los Listado de asistencia con enfoque diferencial de las sesiones presenciales.
3. Copia de los Listado de Recibido por parte de la población beneficiada de los materiales entregados.
4. Recibido a satisfacción
5. Certificados de ejecución
6. Certificados de Permanencia expedidos por la Secretaria de Salud Municipal
7. Copia Acta de contingencia SI ✓ NO ___
8. Original del presente oficio remisorio.

Atentamente,

Asesor (a) ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES
Nombre: Ayuda Ocampo Castro
Teléfono: 3214153211
Cargo: Psicologa.

CERTIFICACIÓN DE RECIBIDO

NOMBRE: Danisbel Yepez C.
CARGO: Subdirectora de Salud
TEL/CEL: 3160401507
FIRMA : Danisbell Yepez C
FECHA: 24-oct-25

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION : 1 **Técnicas y Herramientas RBC** PRP

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco 4 Agosto

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	311700606	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	F	f			x			MUTUAL SER	3116828193	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	M	M			X			MUTUAL SER	3103753177	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	F	F			X			MUTUAL SER	3108471165	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	M	M		X				MUTUAL SER	3205192374	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	F	F		X				MUTUAL SER	3173619476	LUZ NARVAEZ	
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	M	M		X				MUTUAL SER	3234232023	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	F	F			X			MUTUAL SER	3152807688	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	M	M		X				MUTUAL SER	3136420418	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	M	M		X				MUTUAL SER	3145631650	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
13	VILMA VILLA	23095524	80	F	F			X			MUTUAL SER	3216783514	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	F	F		X				MUTUAL SER	3206472734	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	F	F		X				MUTUAL SER	3235699646	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION: 1 **Técnicas y Herramientas RBC** DHO

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San Juan Nepomuceno/ San Calletano 4 Agosto

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRI
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	3103578825	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Judith
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	F	F			X			MUTUAL SER	3135099811	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Mercedes
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	F	F			X			MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Mareli
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Yoiner
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	M	M		X				MUTUAL SER	3206325929	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	M	M		X				MUTUAL SER	3113685316	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	F	F			X			MUTUAL SER	3128861663	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Yovana
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	M	M		X				MUTUAL SER	3106415264	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Edilberto
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	M	M			X			MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	F	F		X				MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Marcelina
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	F	F		X				MUTUAL SER	3241099959	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Rosa
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	F	F		X				MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Omerlis
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	M	M			X			MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	F	F			X			MUTUAL SER	3233284597	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Ana

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION : 2 **Técnicas y Herramientas RBC** DRP

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco 4 Agosto

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	311700606	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Judith
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	F	f			x			MUTUAL SER	3116828193	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	M	M			X			MUTUAL SER	3103753177	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	F	F			X			MUTUAL SER	3108471165	sancayetanocuidadores25@gmail.com	ANGELIS
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	M	M		X				MUTUAL SER	3205192374	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Gil Luna
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	F	F		X				MUTUAL SER	3173619476	sancayetanocuidadores25@gmail.com	LUZ NARVAEZ
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	M	M		X				MUTUAL SER	3234232023	sancayetanocuidadores25@gmail.com	SIMON
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	F	F			X			MUTUAL SER	3152807688	sancayetanocuidadores25@gmail.com	LUZ BELTRAN
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	M	M		X				MUTUAL SER	3136420418	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	M	M		X				MUTUAL SER	3145631650	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
13	VILMA VILLA	23095524	80	F	F			X			MUTUAL SER	3216783514	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	F	F		X				MUTUAL SER	3206472734	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Martha Castro
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	F	F		X				MUTUAL SER	3235699646	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION: 2 **Técnicas y Herramientas RBC** DRP

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San Juan Nepomuceno | San Cayetano 4- Agosto

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIR
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	3103578825	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	F	F			X			MUTUAL SER	3135099811	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	F	F			X			MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	M	M		X				MUTUAL SER	3206325929	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	M	M		X				MUTUAL SER	3113685316	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	F	F			X			MUTUAL SER	3128861663	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	M	M		X				MUTUAL SER	3106415264	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	M	M			X			MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	F	F		X				MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	F	F		X				MUTUAL SER	3241099959	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	F	F		X				MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	M	M			X			MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	F	F			X			MUTUAL SER	3233284597	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION : 3 Técnicas y Herramientas RBC

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco 4 Agosto

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	311700606	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	F	f			x			MUTUAL SER	3116828193	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	M	M			X			MUTUAL SER	3103753177	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	F	F			X			MUTUAL SER	3108471165	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	M	M		X				MUTUAL SER	3205192374	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	F	F		X				MUTUAL SER	3173619476	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	M	M		X				MUTUAL SER	3234232023	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	F	F			X			MUTUAL SER	3152807688	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	M	M		X				MUTUAL SER	3136420418	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	M	M		X				MUTUAL SER	3145631650	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
13	VILMA VILLA	23095524	80	F	F			X			MUTUAL SER	3216783514	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	F	F		X				MUTUAL SER	3206472734	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	F	F		X				MUTUAL SER	3235699646	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION: 3 **Técnicas y Herramientas RBC**

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San Juan Nepomuceno/ San cayetano 4- Agosto

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIR
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	3103578825	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	F	F			X			MUTUAL SER	3135099811	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	F	F			X			MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	M	M		X				MUTUAL SER	3206325929	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	M	M		X				MUTUAL SER	3113685316	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	F	F			X			MUTUAL SER	3128861663	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	M	M		X				MUTUAL SER	3106415264	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	M	M			X			MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	F	F		X				MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	F	F		X				MUTUAL SER	3241099959	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	F	F		X				MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	M	M			X			MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	F	F			X			MUTUAL SER	3233284597	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad fisica	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona victima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION : 4 **Técnicas y Herramientas RBC**

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco 4 ABRIL

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	311700606	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	F	f			x			MUTUAL SER	3116828193	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	M	M			X			MUTUAL SER	3103753177	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	F	F			X			MUTUAL SER	3108471165	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	M	M		X				MUTUAL SER	3205192374	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	F	F		X				MUTUAL SER	3173619476	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	M	M		X				MUTUAL SER	3234232023	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	F	F			X			MUTUAL SER	3152807688	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	M	M		X				MUTUAL SER	3136420418	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	M	M		X				MUTUAL SER	3145631650	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
13	VILMA VILLA	23095524	80	F	F			X			MUTUAL SER	3216783514	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	F	F		X				MUTUAL SER	3206472734	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	F	F		X				MUTUAL SER	3235699646	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION: 4 **Técnicas y Herramientas RBC**

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San Juan Nepomuceno/ San celebro 4 Agosto

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRI
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	3103578825	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	F	F			X			MUTUAL SER	3135099811	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	F	F			X			MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	M	M		X				MUTUAL SER	3206325929	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	M	M		X				MUTUAL SER	3113685316	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	F	F			X			MUTUAL SER	3128861663	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	M	M		X				MUTUAL SER	3106415264	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	M	M			X			MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	F	F		X				MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	F	F		X				MUTUAL SER	3241099959	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	F	F		X				MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	M	M			X			MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	F	F			X			MUTUAL SER	3233284597	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

Conocimientos en Tec.

SESION : 5 **Técnicas y Herramientas RBC**

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco 4 Agosto

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	311700606	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	F	f			x			MUTUAL SER	3116828193	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	M	M			X			MUTUAL SER	3103753177	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	F	F			X			MUTUAL SER	3108471165	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	M	M		X				MUTUAL SER	3205192374	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	F	F		X				MUTUAL SER	3173619476	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	M	M		X				MUTUAL SER	3234232023	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	F	F			X			MUTUAL SER	3152807688	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	M	M		X				MUTUAL SER	3136420418	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	M	M		X				MUTUAL SER	3145631650	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
13	VILMA VILLA	23095524	80	F	F			X			MUTUAL SER	3216783514	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	F	F		X				MUTUAL SER	3206472734	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	F	F		X				MUTUAL SER	3235699646	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION: 5 **Técnicas y Herramientas RBC** Conocimiento en tec.

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San Juan Nepomuceno / San Cayetano – 4 Agosto

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRI
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	3103578825	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Judith
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	F	F			X			MUTUAL SER	3135099811	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Mercedes
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	F	F			X			MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Marelis
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	YOINER
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	M	M		X				MUTUAL SER	3206325929	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	M	M		X				MUTUAL SER	3113685316	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	F	F			X			MUTUAL SER	3128861663	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Yobana
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	M	M		X				MUTUAL SER	3106415264	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	M	M			X			MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Edilberto
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	F	F		X				MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Ine
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	F	F		X				MUTUAL SER	3241099959	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	F	F		X				MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Omerlis
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	M	M			X			MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	F	F			X			MUTUAL SER	3233284597	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Ana

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION : 6 **Técnicas y Herramientas RBC** Conocimiento en tec.

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco 12 septiembre

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	311700606	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	F	f			x			MUTUAL SER	3116828193	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	M	M			X			MUTUAL SER	3103753177	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	F	F			X			MUTUAL SER	3108471165	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	M	M		X				MUTUAL SER	3205192374	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	F	F		X				MUTUAL SER	3173619476	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	M	M		X				MUTUAL SER	3234232023	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	F	F			X			MUTUAL SER	3152807688	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	M	M		X				MUTUAL SER	3136420418	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	M	M		X				MUTUAL SER	3145631650	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
13	VILMA VILLA	23095524	80	F	F			X			MUTUAL SER	3216783514	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	F	F		X				MUTUAL SER	3206472734	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	F	F		X				MUTUAL SER	3235699646	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION: 6 **Técnicas y Herramientas RBC** Conocimiento en tec.

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San Juan Nepomuceno/ San cayetano 12-Sept.

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRI
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	3103578825	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Judith
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	F	F			X			MUTUAL SER	3135099811	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	F	F			X			MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Marelis
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	M	M		X				MUTUAL SER	3206325929	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	M	M		X				MUTUAL SER	3113685316	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	F	F			X			MUTUAL SER	3128861663	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Yovana
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	M	M		X				MUTUAL SER	3106415264	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	M	M			X			MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Edilberto
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	F	F		X				MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	F	F		X				MUTUAL SER	3241099959	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	F	F		X				MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Omerlis
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	M	M			X			MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	F	F			X			MUTUAL SER	3233284597	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Ana

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION : 4 **Técnicas y Herramientas RBC** Condicion en Salud

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco 12 Sept.

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	311700606	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	F	f			x			MUTUAL SER	3116828193	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	M	M			X			MUTUAL SER	3103753177	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	F	F			X			MUTUAL SER	3108471165	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	M	M		X				MUTUAL SER	3205192374	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	F	F		X				MUTUAL SER	3173619476	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	M	M		X				MUTUAL SER	3234232023	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	F	F			X			MUTUAL SER	3152807688	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	M	M		X				MUTUAL SER	3136420418	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	M	M		X				MUTUAL SER	3145631650	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
13	VILMA VILLA	23095524	80	F	F			X			MUTUAL SER	3216783514	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	F	F		X				MUTUAL SER	3206472734	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	F	F		X				MUTUAL SER	3235699646	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION: 7 **Técnicas y Herramientas RBC** Condición en Salud

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San juan Nepomuceno / San Cayetano – 12 Sept.

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRI
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	3103578825	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	F	F			X			MUTUAL SER	3135099811	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	F	F			X			MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	M	M		X				MUTUAL SER	3206325929	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	M	M		X				MUTUAL SER	3113685316	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	F	F			X			MUTUAL SER	3128861663	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	M	M		X				MUTUAL SER	3106415264	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	M	M			X			MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	F	F		X				MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	F	F		X				MUTUAL SER	3241099959	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	F	F		X				MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	M	M			X			MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	F	F			X			MUTUAL SER	3233284597	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION : 8 **Técnicas y Herramientas RBC** Cordición en Salud.

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco 12 – 3487

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	311700606	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	F	f			x			MUTUAL SER	3116828193	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	M	M			X			MUTUAL SER	3103753177	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	F	F			X			MUTUAL SER	3108471165	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	M	M		X				MUTUAL SER	3205192374	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	F	F		X				MUTUAL SER	3173619476	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	M	M		X				MUTUAL SER	3234232023	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	F	F			X			MUTUAL SER	3152807688	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	M	M		X				MUTUAL SER	3136420418	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	M	M		X				MUTUAL SER	3145631650	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
13	VILMA VILLA	23095524	80	F	F			X			MUTUAL SER	3216783514	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	F	F		X				MUTUAL SER	3206472734	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	F	F		X				MUTUAL SER	3235699646	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION: 8 **Técnicas y Herramientas RBC** Condición en Salud

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San Juan Nepomuceno/ sin celefono - 12 Sept

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIR
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	3103578825	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	F	F			X			MUTUAL SER	3135099811	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	F	F			X			MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	M	M		X				MUTUAL SER	3206325929	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	M	M		X				MUTUAL SER	3113685316	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	F	F			X			MUTUAL SER	3128861663	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	M	M		X				MUTUAL SER	3106415264	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	M	M			X			MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	F	F		X				MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	F	F		X				MUTUAL SER	3241099959	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	F	F		X				MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	M	M			X			MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	F	F			X			MUTUAL SER	3233284597	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona victima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION : 9 **Técnicas y Herramientas RBC** Redes Comunitarios

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco 14-octubre

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	311700606	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	F	f			x			MUTUAL SER	3116828193	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	M	M			X			MUTUAL SER	3103753177	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	F	F			X			MUTUAL SER	3108471165	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	M	M		X				MUTUAL SER	3205192374	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	F	F		X				MUTUAL SER	3173619476	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	M	M		X				MUTUAL SER	3234232023	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	F	F			X			MUTUAL SER	3152807688	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	M	M		X				MUTUAL SER	3136420418	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	M	M		X				MUTUAL SER	3145631650	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
13	VILMA VILLA	23095524	80	F	F			X			MUTUAL SER	3216783514	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	F	F		X				MUTUAL SER	3206472734	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	F	F		X				MUTUAL SER	3235699646	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad fisica	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION: 9 **Técnicas y Herramientas RBC** Redes Comunitarios

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San Juan Nepomuceno/ San Cayetano – 14 octubre

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRI
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	3103578825	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Judith
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	F	F			X			MUTUAL SER	3135099811	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	F	F			X			MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	MAREL
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	YOINER
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	M	M		X				MUTUAL SER	3206325929	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	M	M		X				MUTUAL SER	3113685316	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	F	F			X			MUTUAL SER	3128861663	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Yobana
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	M	M		X				MUTUAL SER	3106415264	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	M	M			X			MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Edilberto
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	F	F		X				MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	F	F		X				MUTUAL SER	3241099959	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	F	F		X				MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Omerlis
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	M	M			X			MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	F	F			X			MUTUAL SER	3233284597	sancayetanocuidadores25@gmail.com	Ana

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona victima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona victima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION : 10 **Técnicas y Herramientas RBC** Redes Comunitarios

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco 14-octubre.

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	311700606	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	F	f			x			MUTUAL SER	3116828193	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	M	M			X			MUTUAL SER	3103753177	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	F	F			X			MUTUAL SER	3108471165	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	M	M		X				MUTUAL SER	3205192374	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	F	F		X				MUTUAL SER	3173619476	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	F	F		X				MUTUAL SER	3135717178	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	M	M		X				MUTUAL SER	3234232023	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	F	F			X			MUTUAL SER	3152807688	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	M	M		X				MUTUAL SER	3136420418	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	M	M		X				MUTUAL SER	3145631650	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
13	VILMA VILLA	23095524	80	F	F			X			MUTUAL SER	3216783514	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	F	F		X				MUTUAL SER	3206472734	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	F	F		X				MUTUAL SER	3235699646	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad fisica	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION: 10 **Técnicas y Herramientas RBC** Pedas Comunitarias

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San Juan Nepomuceno, I son cabefono — 14 octbre

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL	PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIR
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	F	F			X			MUTUAL SER	3103578825	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	F	F			X			MUTUAL SER	3135099811	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	F	F			X			MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	M	M		X				MUTUAL SER	3235802053	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	M	M		X				MUTUAL SER	3206325929	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	M	M		X				MUTUAL SER	3113685316	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	F	F			X			MUTUAL SER	3128861663	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	M	M		X				MUTUAL SER	3106415264	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	M	M			X			MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	F	F		X				MUTUAL SER	3171179206	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	F	F		X				MUTUAL SER	3241099959	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	F	F		X				MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	M	M			X			MUTUAL SER	3233659941	sancayetanocuidadores25@gmail.com	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	F	F			X			MUTUAL SER	3233284597	sancayetanocuidadores25@gmail.com	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad física	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona victima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona victima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar.

COMPONENTE: DISCAPACIDAD **ANEXO TECNICO N° 14**

El día__del mes de____del año 2025, en el Municipio de San Juan **las personas que a continuación se relacionan certifican que se les hizo entrega de los siguientes materiales e insumos en el marco de la ejecución del PIC Departamental:** Refrigerios saludables, almuerzos, escarapelas, escarapela, tulas en tela Impermeable, libretas de pasta dura full color con el nombre de la Estrategia, Lapiceros estampados con logo gorras estampadas certificados, block de notas, bolígrafos, abanicos de cartón alusivos a la estrategia. Todo dentro del marco de una ambientación, sonido, ayudas audiovisuales.

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	TELEFONO	MICROTERRITORIO	FIRMA
16	JUDITH MONRROY F	33337076	69	3103578825	SAN JUAN/SAN CAYETANO	Judith M. Monroy
17	MERCEDES CASTROS	33272152	58	3135099811	SAN JUAN/SAN CAYETANO	Mercedes Castros
18	MARELIS BETANCOUR	30871709	45	3235802053	SAN JUAN/SAN CAYETANO	Marelis B S
19	YOINER BETANCOUR	1048935192	19	3235802053	SAN JUAN/SAN CAYETANO	YOINER
20	JAVIER V. VILLAREAL	8816255	61	3235802053	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
21	ALIZANDRO SILVA	19890097	65	3206325929	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
22	EDUARDO HERNANDEZ	73227280	56	3113685316	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
23	YOVANA HERNANDEZ	33272794	45	3128861663	SAN JUAN/SAN CAYETANO	Yobana Hernandez
24	EDILBERTO COTA RIVERA	73539942	59	3106415264	SAN JUAN/SAN CAYETANO	Edilberto cotta
25	EDILBERTO RODELO VAZQUEZ	7929512	65	3171179206	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
26	MARCELINA CARDENAS	45780662	60	3171179206	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
27	ROSIRIS RODRIGUEZ	33272772	55	3241099959	SAN JUAN/SAN CAYETANO	Rosiris Rodriguez
28	OMERLIS ARIAS	1051821456	35	3233659941	SAN JUAN/SAN CAYETANO	Omerlis Arias Aviza
29	JUAN DAVID ARIAS	1051823707	14	3233659941	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
30	ANA BOLAÑOS C	57305825	51	3233284597	SAN JUAN/SAN CAYETANO	Ana Bolaños

Donsbel Lepez

QUIEN CERTIFICA

Nombre donsbel lepez

Cargo Sobdinador en salud.

Municipio San Juan

Telefono

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar.

COMPONENTE: DISCAPACIDAD **ANEXO TECNICO N° 14**

El día__del mes de____del año 2025, en el Municipio de San Juan **las personas que a continuación se relacionan certifican que se les hizo entrega de los siguientes materiales e insumos en el marco de la ejecución del PIC Departamental:** Refrigerios saludables, almuerzos, escarapelas, escarapela, tulas en tela Impermeable, libretas de pasta dura full color con el nombre de la Estrategia, Lapiceros estampados con logo gorras estampadas certificados, block de notas, bolígrafos, abanicos de cartón alusivos a la estrategia. Todo dentro del marco de una ambientación, sonido, ayudas audiovisuales.

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	TELEFONO	MICROTERRITORIO	FIRMA
1	JUDITH MONRROY F	33337076	69	311700606	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
2	VICTOR MARTINEZ	73231030	46	3116828193	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
3	RODRIGO HERNANDEZ	7322834	50	3103753177	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
4	ANGELIS HERNANDEZ YEPES	1051818198	18	3108471165	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
5	GIL LUNA LOPEZ	1051825232	31	3205192374	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
6	LUZ MILA NARVAEZ	45779986	50	3173619476	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
7	SUNY SERRANO	1051824690	62	3135717178	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
8	ANTONIA RODRIGUEZ	33338818	61	3135717178	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
9	SIMON BELTRAN	73227670	53	3234232023	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
10	LUZ BELTRAN	33341000	57	3152807688	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
11	OSVALDO CASTRO R	19890490	54	3136420418	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
12	LUIS CHICO RIVERA	73110097	69	3145631650	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
13	VILMA VILLA	23095524	80	3216783514	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
14	MARTHA CASTRO	23095828	66	3206472734	SAN JUAN/SAN CAYETANO	
15	MARIA DEL SOCORRO BUELVAS	1051815765	64	3235699646	SAN JUAN/SAN CAYETANO	

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LAS SESIONES PRESENCIALES ANEXO N°14

SESION GESTORES

ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: San Juan Nepo - San cayetano. **FECHA:** 12 octubre.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	LUZ NARVAEZ	45779986	50	F								3235698817	unitalinda2345@...	LUZNARVAEZ
2	OSVALDO CASTRO	19890490	54	M								3136420498		
3	ANA BOLAÑOS	57305825	51	F								3233286597		ANA
4	Antonia Rodriguez	33334000	57	F								3135777778		antonia
5	Edilberto Cotoi	73539942	59	M								3106415264		EdilbeTO

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

Identidad de género	
Masculino	M
Femenino	F
Mujer Trans	MT
Hombre Trans	HT
Otro	O

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

Personas con discapacidad	
NINGUNA	0
Discapacidad fisica	1
Discapacidad auditiva	2
Discapacidad visual	3
Discapacidad psicosocial	4
Discapacidad múltiple	5
Discapacidad cognitiva o intectual	6
Discapcidad sordo-ceguera	7

Sectores Sociales	
NINGUNA	0
Comunidades campesinas y rurales	1
Persona víctima del conflicto armado	2
Persona habitante de calle	3
Persona privada de la libertad	4
Profesional del sector	5
Persona Migrante, refugiada y/o retornada	6
Persona víctima de trata de personas	7
Persona en situación de desplazamiento	8
Firmantes del acuerdo de Paz	9

Grupos Etnicos	
NINGUNA	0
Población Negra	1
Afrocolombiana	2
Pueblo Raizal	3
Comunidades Palenqueras	4
Pueblo Rrom-Gitano	5
Pueblos y/o comunidades Indígenas	6

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACION ENTREGA DE MATERIALES

Doctor (a): Daistel Yepez Garcia
Secretario (a) de Salud Municipal o su delegado
Municipio de: San Juan Nepomuceno

ASUNTO: relación y entregas de materiales a los participantes y secretaria de salud municipal, anexo N° 14

Cordial Saludo y Éxitos en sus labores diarias,

Por medio de la presente, se hace relación de cada uno de los materiales educativos, así como los materiales insumos entregado a los participantes con al ente territorial:

1. Materiales educativos entregados a los participantes para las actividades:

Materiales	Disposición final o entregado a
Invitaciones a potenciales Beneficiarios	Población Objeto
Escarapela	Población Objeto
Tulas en Tela Impermeable	Población Objeto
Libretas de pasta dura full color con el nombre de la Estrategia	Población Objeto
Lapiceros estampados con Logo	Población Objeto
Cartillas tamaño carta a full color	Población Objeto
Pendones 1,00 x 1,50 tipo Araña	Población Objeto
Formatos de visitas domiciliarias (copias)	Población Objeto
Formatos de canalización (copias)	Población Objeto
Certificados de participación	Población objeto
Certificados de participación Gestores	Población objeto
Plegables	Población objeto
Abanicos de Cartón con mensaje alusivo a la Estrategia	Población objeto
Gorras Estampadas	Población objeto
Rotafolio	Población objeto
Afiches paquete X 1000	Población objeto
Avisos acrilicos (35x50)	Población objeto
Recordatorios (botones publicitarios X 150)	Población objeto
Paquetes de fichas bibliográficas (FICHAS BIBLIOGRAFICAS CARTULINA X 200)	Población objeto
Paquetes de Octavo de cartulinas	Población objeto
caja de marcadores permanentes	Población objeto
Pliegos papel kraft	Población objeto
Caja Marcadores borrables de colores	Población objeto
Cajas Lápices	Población objeto
Rollos cinta de enmascarar gruesa	Población objeto
Frascos de Colbón Grande	Población objeto

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACION ENTREGA DE MATERIALES

2. Materiales educativos entregados a la secretaria de salud municipal.

Materiales	Descripción	Disposición final o entregado a
(1)Pendón	Pendón de 1 x 1.5 mt con la temática alusiva a la estrategia	Secretaria de salud
(1) Rotafolio	Rotafolio tamaño carta sobre el contenido temático de RBC	Secretaria de salud
(1) Ruta de atención	Ruta de atención material acrílico	Secretaria de salud
300 Afiches	Ruta de atención	Secretaria de salud
500 plegables	Apoyo al cuidador	Secretaria de Salud

3. Logística

Para el desarrollo de las actividades se hizo entrega de la siguiente logística:

Logística	Total	Disposición final o entregado a
Refrigerio Saludable		Población Objeto
Estación de Agua y Café		Población Objeto
Almuerzo		Población Objeto

Para mayor constancia se firma en San Juan a los 21 días del mes de Octubre de 2025.

Doribel Yepes C.

QUIEN RECIBE

NOMBRE: Doribel Yepes Garcia
CARGO: Subdirectora de salud
TELEFONO: 3160401507

QUIEN ENTREGA

NOMBRE: Mira Camacho
TELEFONO:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES

FECHA: 21-10-2025		
MUNICIPIO San Juan Nepomuceno - San cayetano		
NOMBRE DE LA REUNION: Concertación con los actores municipales (Secretario(a) de Salud o funcionario Encargado, Representante de la Dirección Local de Salud y Líderes de grupos organizados de la comunidad con discapacidad.		
OBJETIVO DE LA REUNION: Creación de la Red de apoyo a la discapacidad en los municipios Priorizados con 5 representantes con perfil de liderazgo, motivación e interés en asumir el rol de promotores de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en cada uno de los Cinco (5) Territorios Priorizados.		
Lugar: Corregimiento San cayetano	**Hora de inicio:** 8:00 am	**Hora de finalización:** 3:00 pm.

ASISTENTES A LA REUNION

NOMBRE: Darisbell yepes

CARGO: Secretario(a) de Salud o funcionario Encargado

NOMBRE: Eucaris luna serrano

CARGO: Secretario de Educación

NOMBRE: Edwin calvo fonseca

CARGO: Secretario de Gobierno

NOMBRE: Marelbis Julio Sierra

CARGO: Líder de la mesa de victimas

NOMBRE:

CARGO: Representante de los Líderes Etnicos

NOMBRE: Aminda Coronel Lecanto

PERFIL PROFESIONAL: Psicologa Esp.

Asesor (a) E.S.E. Hospital Local mahates

FIRMA:

DESARROLLO DE LA REUNION

En el día de hoy se llevó a cabo la reunión para la conformación de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales en el municipio de _____, con el objetivo de Creación de la Red de apoyo a la discapacidad en los municipios Priorizados con 5 representantes con perfil de liderazgo, motivación e interés en asumir el rol de promotores de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en cada uno de los Cinco (5) Territorios Priorizados.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES

1. Apertura de la Reunión
La reunión inició con la bienvenida a los participantes por parte de _____, en su calidad de Asesora de la ESE Hospital Local Mahates, quien destacó la importancia de la conformación de las redes sociales en el marco del Anexo Técnico N° 14. Se subrayó el objetivo principal de la intervención.

2. Presentación del Propósito y Objetivos de la Reunión
La asesora delegada por la E.S.E. Hospital Local de San Juan Nepomuceno realizó una presentación donde explicó el propósito de la reunión, que incluye la definición y establecimiento del propósito, visión, misión y objetivos de la red a ser conformada. Asimismo, se presentaron los criterios para seleccionar a los actores clave que conformarán la red, basados en sus competencias, funciones y la afectación directa en relación con la situación a abordar.

3. Justificación de la Intervención
Se expusieron las razones por las cuales fue planteado el presente anexo, destacando la necesidad identificada por la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar de fortalecer el proceso de participación social en los municipios priorizados.

4.. Definición de la Estructura Organizativa de la Red
Los participantes trabajaron de manera colaborativa para definir la estructura organizativa de la red, estableciendo roles, responsabilidades y mecanismos de coordinación y comunicación entre los diferentes actores. Se acordó que el liderazgo en la red será democrático y rotativo, asegurando la horizontalidad de las relaciones y la autonomía de cada miembro dentro de la dinámica del colectivo.

5. Formalización de la Red
Como cierre de la reunión, se formalizó la conformación de la red mediante la firma de esta acta, con la cual todos los actores involucrados se comprometieron a participar activamente en las acciones acordadas, garantizando la sostenibilidad y efectividad de la red.

OBSERVACIONES Y COMPROMISOS
COMPROMISO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES

Para mayor constancia se firma en el Municipio de _____ a los _____ días del mes de _____ 2025.

N!	Nombres y apellidos	Documento de identidad	Cargo	Población Objeto	Firma
1	Luz Narvaez	45779986	Gestores	cuidadores con discapaci	Luz Narva
2	Osvaldo castro	1d890490	Gestores	cuidadores con discapacidad	Osvaldo
3	Ana Bolaños	57305825	Gestores	cuidadores con discapacidad	Ana Bolaños
4	Antonia Rodriguez	333341000	Gestores	cuidadores con discapacidad	Antonia Rodriguez
5	Edilberto Cotal	73539942	Gestores	cuidadores con discapacidad.	Edilberto

ACTA DE CONTINGENCIA Y AJUSTE AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

A los 21 días del mes de 10 de 2025, durante la ejecución de los talleres, en el municipio de _____, la población asistente al los talleres y los asesores de la ESE HOSPITAL LOCAL DE MAHATES, en concordancia con la SECRETARIA DE SALUD MUNCIPAL, proceden a dejar constancia de la siguiente contingencia y los acuerdos resultantes:

1. Antecedentes

Conforme a lo establecido en el Anexo 14, la ejecución de la actividad: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar contemplaba la realización de 4 Desarrollos de Capacidades por cada cada territorio, en 10 sesiones.

2. Situación presentada

Durante el desarrollo de las actividades se identificaron dificultades relacionadas con la asistencia y permanencia de los participantes, quienes en su mayoría manifestaron limitaciones laborales y ocupacionales que impedían su participación en jornadas extensas y prolongadas, los beneficiarios son en su mayoría población que labora del día a día. Esta situación ponía en riesgo la continuidad del proceso formativo y el cumplimiento de los objetivos de la estrategia.

3. Acuerdo de modificación

Atendiendo a las realidades del contexto del municipio y la población beneficiaria y en uso de lo previsto en el lineamiento técnico, las partes acuerdan modificar el cronograma original, concentrando las 10 sesiones en **tres jornadas intensivas de días a trabajar acorde a la fechas concertadas con la misma población**, lo cual permitirá:

- Garantizar la permanencia de la misma población objeto en todas las fases de la intervención.
- Optimizar los recursos logísticos y humanos destinados a la estrategia.
- Mantener la fidelidad con el objeto contractual y los lineamientos técnicos establecidos.

4. Alcance del ajuste

La modificación aquí descrita no altera las metas ni los productos comprometidos, sino que constituye una **adaptación metodológica y operativa** para asegurar la cobertura, la calidad y la trazabilidad del proceso en concordancia con el objeto contractual. La medida responde a criterios de **pertinencia, eficiencia y sostenibilidad**, en la medida en que facilita la asistencia de la comunidad, optimiza recursos y garantiza la coherencia técnica de la estrategia, sin comprometer el alcance de las metas propuestas.

En constancia, se firma la presente acta en dos ejemplares del mismo tenor, quedando un original en poder de cada una de las partes.

Por la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar
Nombre: Doribel Yepez Garcia
Cargo: Subdirectora de salud.
Firma: Doribell Yepez G.

Por la E.S.E. Hospital Local de Mahates
Nombre: _____
Cargo: _____
Firma: _____

ALCALDÍA MUNICIPAL DE
SAN JUAN NEPOMUCENO

ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN JUAN NEPOMUCENO
Nit. 800.037175-2

CERTIFICADO DE PERMANENCIA

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO – BOLIVAR, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES

CERTIFICA QUE

El (la) señor (a): Arinda María García Castillo

Identificado(a): Cedula de Ciudadanía N°1128044363

Cargo: Psicóloga.

Entidad: Secretaria de Salud Gobernación de Bolívar

PERMANECIO EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO, BOLIVAR

Programa: Componente De Discapacidad De Salud Pública De La Secretaria De Salud Departamental De Bolívar.

Actividad: Implementación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad RBC, dirigida a la población personas con discapacidad.

Fecha: 04 de agosto de 2025.

Dado en el municipio de San Juan Nepomuceno, a los 4 días del mes de agosto de 2025.

Dorisbell Yepez G.

DORISBEL YEPEZ GARCIA
Subdirectora de Salud
San Juan Nepomuceno

ALCALDIA MUNICIPAL DE
SAN JUAN NEPOMUCENO

ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN JUAN NEPOMUCENO
Nit. 800.037175-2

CERTIFICADO DE PERMANENCIA

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO – BOLIVAR, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES

CERTIFICA QUE

El (la) señor (a): Arinda María García Castillo

Identificado(a): Cedula de Ciudadanía N°1128044363

Cargo: Psicóloga.

Entidad: Secretaria de Salud Gobernación de Bolívar

PERMANECIO EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO, BOLIVAR

Programa: Componente De Discapacidad De Salud Pública De La Secretaria De Salud Departamental De Bolívar.

Actividad: Implementación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad RBC, dirigida a la población personas con discapacidad.

Fecha: 02 de septiembre de 2025.

Dado en el municipio de San Juan Nepomuceno, a los 2 días del mes de septiembre de 2025.

Dorisbell Yepez G.

DORISBEL YEPEZ GARCIA
Subdirectora de Salud
San Juan Nepomuceno

ALCALDÍA MUNICIPAL DE
SAN JUAN NEPOMUCENO

ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN JUAN NEPOMUCENO
Nit. 800.037175-2

CERTIFICADO DE PERMANENCIA

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO – BOLIVAR, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES

CERTIFICA QUE

El (la) señor (a): Arinda María García Castillo

Identificado(a): Cedula de Ciudadanía N°1128044363

Cargo: Psicóloga.

Entidad: Secretaria de Salud Gobernación de Bolívar

PERMANECIO EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO, BOLIVAR

Programa: Componente De Discapacidad De Salud Pública De La Secretaria De Salud Departamental De Bolívar.

Actividad: Implementación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad RBC, dirigida a la población personas con discapacidad.

Fecha: 14 de octubre de 2025.

Dado en el municipio de San Juan Nepomuceno, a los 14 días del mes de octubre de 2025.

Dorisbell Yepez G.

DORISBEL YEPEZ GARCIA
Subdirectora de Salud
San Juan Nepomuceno

ALCALDÍA MUNICIPAL DE
SAN JUAN NEPOMUCENO

ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN JUAN NEPOMUCENO
Nit. 800.037175-2

CERTIFICADO DE PERMANENCIA

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO – BOLIVAR, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES

CERTIFICA QUE

El (la) señor (a): María Camacho Lara

Identificado(a): Cedula de Ciudadanía N°1.065.625.586

Cargo: Psicóloga.

Entidad: Secretaria de Salud Gobernación de Bolívar

PERMANECIO EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO, BOLIVAR

Programa: Componente De Discapacidad De Salud Pública De La Secretaria De Salud Departamental De Bolívar.

Actividad: Implementación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad RBC, dirigida a la población personas con discapacidad.

Fecha: 04 de agosto de 2025.

Dado en el municipio de San Juan Nepomuceno, a los 4 días del mes de agosto de 2025.

Dorisbell Yepez G.

DORISBEL YEPEZ GARCIA
Subdirectora de Salud
San Juan Nepomuceno

ALCALDÍA MUNICIPAL DE
SAN JUAN NEPOMUCENO

ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN JUAN NEPOMUCENO
Nit. 800.037175-2

CERTIFICADO DE PERMANENCIA

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO – BOLIVAR, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES

CERTIFICA QUE

El (la) señor (a): María Camacho Lara

Identificado(a): Cedula de Ciudadanía N°1.065.625.586

Cargo: Psicóloga.

Entidad: Secretaria de Salud Gobernación de Bolívar

PERMANECIO EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO, BOLIVAR

Programa: Componente De Discapacidad De Salud Pública De La Secretaria De Salud Departamental De Bolívar.

Actividad: Implementación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad RBC, dirigida a la población personas con discapacidad.

Fecha: 02 de septiembre de 2025.

Dado en el municipio de San Juan Nepomuceno, a los 2 días del mes de septiembre de 2025.

Dorisbell Yepez G.

DORISBEL YEPEZ GARCIA
Subdirectora de Salud
San Juan Nepomuceno

ALCALDÍA MUNICIPAL DE
SAN JUAN NEPOMUCENO

ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN JUAN NEPOMUCENO
Nit. 800.037175-2

CERTIFICADO DE PERMANENCIA

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO – BOLIVAR, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES

CERTIFICA QUE

El (la) señor (a): María Camacho Lara

Identificado(a): Cedula de Ciudadanía N°1.065.625.586

Cargo: Psicóloga.

Entidad: Secretaria de Salud Gobernación de Bolívar

PERMANECIO EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO, BOLIVAR

Programa: Componente De Discapacidad De Salud Pública De La Secretaria De Salud Departamental De Bolívar.

Actividad: Implementación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad RBC, dirigida a la población personas con discapacidad.

Fecha: 14 de octubre de 2025.

Dado en el municipio de San Juan Nepomuceno, a los 14 días del mes de octubre de 2025.

Dorisbell Yepez G.

DORISBEL YEPEZ GARCIA
Subdirectora de Salud
San Juan Nepomuceno

CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En el municipio de San juan Nepomuceno se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que la **ESE HOSPITAL LCOAL MAHATES** distinguida con el NIT **No 806.007.880-0,** cumplió a cabalidad con todas y cada una de las actividades de Sensibilización y Ejecución, con el fin de dar cumplimiento al Contrato Interadministrativo **No. 1144 del 9 de abril de 2025**, **Anexo N°14**, suscrito entre la **GOBERNACION DE BOLIVAR DE BOLIVAR y la ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES,** el cual busca realizar proceso de formación a actores sociales y comunitarios, representantes de la mesa o comité municipal de discapacidad, mesa municipal de víctimas, líder étnico, personas con discapacidad, familia y cuidadores en factores de riesgo asociados a la discapacidad y a sus necesidades, Identificar personas con discapacidad a través de búsqueda activa y canalizar a el RLCPD y así lograr la participación de diferentes actores municipales para el abordaje integral de las personas con discapacidad para mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud y rehabilitación y fortalecer el autocuidado de su salud en concordancia con los componentes de salud y empoderamiento Acciones desarrolladas por la **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, en el municipio:

ETAPA DE SENSIBILIZACIÓN:

- ✓ Entrega de las cartas de presentación enviadas por el Gerente de la **E.S.E. HOSPITAL LOCAL MAHATES**. Reunión con Secretaria Salud San juan Nepomuceno., funcionario (a) de la Secretaría de Salud Municipal, y levantamiento de un Acta de Sensibilización y Coordinación de actividades, donde se deja constancia de la coordinación que se realizó:

  - Socialización de las obligaciones establecidas en el lineamiento técnico y entrega del mismo.
  - Socialización y entrega de la agenda de trabajo, concertación de fechas y organización de la logística del evento.
  - Suministro de información por parte de los funcionarios para contextualizar la situación del municipio respecto al tema tratado.
  - Entrega de una carpeta debidamente organizada en la etapa de coordinación y sensibilización, lo cual se puede verificar a través del oficio remisorio.

Se realizó el proceso de selección y convocatoria de la población en cada territorio teniendo en cuenta la población objeto para la ejecución del anexo debe ser a quienes se les ssocializo el Proyecto y entrego Invitación a la población Objeto:
:

Personas con discapacidad, su familia y cuidadores de cada territorio priorizado, Integrantes del Comité de Discapacidad y mesa municipal de Victimas de cada territorio priorizado, Actores sociales y de salud de cada territorio y micro territorio priorizado.

ETAPA DE EJECUCION

1. **LINEA DE PROMOCIÓN:**

1.1 DESARROLLO DE CAPACIDADES:

Realizo Desarrollos de Capacidades 4 por cada territorio

Este desarrollo de capacidades se deberá realizar a actores sociales, actores en salud e integrantes de la mesa o comité municipal de discapacidad, mesa municipal de víctimas, líder étnico, personas con discapacidad, familia y cuidadores.

Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)

Realizo 2 sesiones de capacitación y acompañamiento, en total 2 por municipio, para la elaboración del Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) que permita identificar el potencial de la red de apoyo de cada uno de ellos, Personas con discapacidad familia o cuidadores, comité municipal de discapacidad, un representante de la mesa municipal de víctimas y un representante de comunidad étnica, en el caso de que no exista representación de alguno de los actores involucrado dejar constancia y reasignar los cupos.

Técnicas y Herramientas RBC

Realizo 2 sesiones, 2 por municipio en técnicas y herramientas de la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad. RBC.

Ejes temáticos

- Lineamientos de RBC
- Convención de los derechos de las personas con discapacidad
- Ley 1618
- Resolución 3317 de 2012, comités municipales de discapacidad

Conocimientos y Practicas de las técnicas y herramientas de la RBC

Realizo 2 sesiones, 2 por municipio en conocimientos y prácticas de las técnicas y herramientas básicas de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad RBC.

Ejes Temáticos

- Promoción de los procesos de inclusión familiar, social, educativa y laboral
- Grupos de autoayuda
- Ley2297 de 2023, Ley del Cuidador
- Certificación de Discapacidad Resolución 1239 de 2022

Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en persona por parte del individuo y la familia.

Realizar veinte (20) sesiones, 2 por municipio en conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento persona por parte del individuo y la familia.

Ejes Temáticos

- Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud RPMS
- Acciones de promoción de autonomía e independencia de acuerdo con tipo de discapacidad o de condiciones de salud
- Resolución 1904 de 2017
- Orientaciones para desarrollo de actividades de la vida diaria - AVD.

1.2. INFORMACIÓN EN SALUD.

Incluye la difusión de los ejes temáticos. Para el desarrollo de esta fase se debe tener en cuenta lo siguiente: Elaborar e implementar estrategia de Información en Salud, en las que se incluyan piezas de comunicación accesibles y lengua de Señas, redes sociales, con el fin de orientar a la comunidad sobre la ruta para acceder a la realización del procedimiento de certificación de discapacidad, alcance y usos del certificado de discapacidad y Derechos de las personas con discapacidad.

a) **Diseño e implementación de estrategias o plan de medios**: de acuerdo con las particularidades de salud pública y de los territorios priorizados que se pretenden para este fin, se podrá realizar acciones a través del empleo de tecnologías de la información y redes sociales, evaluación utilizando medios accesibles para las personas con discapacidad (Lengua de señas, audios, macro tipos entre otros) entre otras que sean permanentes para la difusión de mensajes o documentos clave.

b) **Elaboración de video para promocionar los pasos de la Certificación de Discapacidad**

Video de mínimo 3 minutos máximo 4 min 30 Segundos donde se explique claramente el proceso y los pasos de la Certificación de Discapacidad, se debe publicar en las redes sociales de la Dimensión Gestión diferencial de Poblaciones Vulnerables-DGDPV componente de discapacidad.
El video debe contar con mensajes en audio, subtítulos e interpretación en Lengua de Señas Colombiana
Toda la información sobre rutas, información y videos realizada durante la estrategia debe transmitirse en las páginas:
Instagram: https://instagram.com/rbc_bolivar?igshid=NTdlMDg3MTY=

c) **Elaboración de Piezas Comunicativas**

- Flayer: Temas de Autocuidado.
- Afiches: Flujograma de pasos de Certificación de Discapacidad

Todas las piezas Publicitarias deben incluir el Logo de la Gobernación de Bolívar como identidad de la acción.

1.3. BÚSQUEDA ACTIVA DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD:

Identificación de personas con discapacidad, problemas y trastornos mentales; así como afectaciones Psicosociales por parte de los equipos Básicos de Salud, incluye también indicar la Ruta de Certificación y RLCPD en articulación con la secretaria de Salud Municipal.

2. LINEA DE PREVENCION:

2.1. Canalización:

Se realizo 20 Canalizaciones

Incluye, las acciones para gestionar el acceso efectivo de las personas con discapacidad, población con problemas o trastornos mentales o con afectaciones psicosociales a los servicios sociales y de salud; así

como, la gestión del caso para la garantía y restablecimiento del derecho a la prestación de servicios de salud; el seguimiento a persona canalizadas hacia los servicios socio sanitarios.

Para el desarrollo de este procediendo se deberá tener definido previamente los mecanismos de gestión y coordinación con las EAPB, ARL e IPS que garanticen el acceso efectivo de la población canalizada, Identificando las necesidades frente a los servicios, programas, proyectos de promoción y prevención, a los servicios de salud requeridos y de los otros sectores, además es importante que defina mecanismos para el monitoreo y evaluación que mida la efectividad de la canalización:

- Difundir la información de la red de prestación de servicios del sector salud o de otros sectores y las rutas de atención establecidas.
- Identificar las personas, familias y comunidades que deben o pueden ser beneficiarios de los programas, proyectos, estrategias y oferta de servicios del sector salud o de otros sectores.
- Direccionar a las personas, familias y comunidades a la oferta institucional de conformidad con los mecanismos establecidos con las instituciones teniendo en consideración la atención médica, rehabilitación y las orientaciones de los dispositivos de asistencia.
- Realizar la gestión permanente con las directivas, líderes de las instituciones, entidades u organizaciones locales o seccionales, así como de las organizaciones comunitarios presentes en el territorio a fin de facilitar y monitorear la realización del procedimiento de canalización.
- Identificación de necesidades frente a los servicios, programas, proyectos de promoción y prevención, a los servicios de salud y de los otros sectores.

2.2 Visita domiciliaria:

Se realizo 20 visitas domiciliarias

Dirigida a georreferenciar la población con discapacidad, poblaciones en contexto de vulnerabilidad, problemas o trastornos mentales o con afectaciones psicosociales; a orientar a los cuidadores sobre los planes de intervención familiar y comunitaria; adelantar el seguimiento a las respectivas canalizaciones; y acompañar a las familias y comunidades de referencia. Valoración del contexto Sociofamiliar y redes de apoyo comunitaria y social. Así como Seguimiento a planes de intervención, uso de productos de apoyo/ ayudas técnicas, Orientación al cuidador: rol en la independencia y autonomía de la persona con Discapacidad y Autocuidado

•Intervenciones Breves:

Se realizo un mínimo de 10 Intervenciones Breves, técnica de intervención que pretende modificar conductas de riesgo, en relación con los riesgos y las afectaciones psicosociales y en salud mental consiste en una corta conversación, retroalimentación o diálogo motivacional, con una duración máxima de 15 minutos, a través de cual se propicia la generación de acciones concretas en salud mental para mejorar el estado de salud incluyendo la transformación de prácticas y conductas de riesgo, así como el uso de las opciones que brindan los diferentes sectores.

COMPONENTE DE EMPODERAMIENTO

Redes Sociales y Comunitarias: Estas redes estarán conformadas con los agentes o líderes de RBC-facilitadores de RBC certificados en la estrategia que favorecerán la inclusión de las personas con discapacidad.

1. Consolido equipos de gestores sociales de RBC, un (01) equipo de tres integrantes por territorio priorizado

2. Realizo 2 sesiones, dos (02) Sesiones en cada territorio Priorizado

Ejes temáticos:

- Organización del comité, tareas del comité.
- Fomento de Liderazgo y participación
- Incidencia Política
- Justicia Social
- Grupos de autoayuda: que permitan clarificar inquietudes, resolver situaciones, compartir sentimientos, experiencias y brindarse apoyo mutuo

LOGISTICA:

Las sesiones se realizaron en jornadas presenciales para lo que se suministro y garantizo la adecuación de los espacios a utilizar:

- ✓ Salón con sillas cómodas
- ✓ Ambientación, con pendón publicitario alusivo a la estrategia.
- ✓ Material entregable.
- ✓ Sonido.
- ✓ Ayudas audiovisuales (video bean).
- ✓ Hidratación.
- ✓ Estación de café.
- ✓ Refrigerios saludables.
- ✓ Almuerzos para los participantes.

A cada participante, se le entregó:

- ✓ Escarapela
- ✓ Tulas en Tela Impermeable
- ✓ Libretas de pasta dura full color con el nombre de la Estrategia
- ✓ Lapiceros estampados con Logo
- ✓ Gorras Estampadas

Fotocopias sobre ley convención de los derechos de la población con discapacidad
Fotocopias Lineamientos RBC
Fotocopias de la Resolución 1239 de 2022, certificación de discapacidad
Fotocopias resolución 3317 de 2012 comité municipal de discapacidad
Fotocopias Ley 2297 de 2023

A la DLS se le entregó:

- ✓ Pendon 1,00 x 1,50 tipo Araña

Se hizo entrega de una carpeta con el siguiente contenido a la DLS:

- ✓ Fotocopia de los documentos entregados en la etapa de Sensibilización.
- ✓ Copia de Listados de asistencia y Certificados de Entrega de Materiales e Insumos.
- ✓ Certificados de Permanencias del equipo en la etapa de ejecución.
- ✓ Acta de Entrega de Material Educativo a la DLS (Pendón)
- ✓ Certificado de Recibido a Satisfacción.
- ✓ Copia Acta de Contingencia. Si __ No __.
- ✓ Original del Presente Oficio Remisorio.

Todas las actividades desarrolladas y las entregas de material de apoyo de carácter didáctico e ilustrativo relacionadas anteriormente corresponden al objeto del contrato firmado por la **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES** y fueron ejecutadas por los Profesionales:

Arinda Maria Garcia cantillo CC.No. 1128044363

Maria Camacho Lora CC.No. 1065625586

_____ CC.No. _____

Para mayor constancia se firma en San Juan Nepo a los 25 días del mes de octubre de 2025.

Doribell Yepez G

QUIEN CERTIFICA

Nombre Doribel Yepez Garcia
Cargo Subdirectora de Salud
Municipio San Juan Nepomuceno
Telefono 3160401507

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FASE 1 EJECUCION

MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO

LINEA DE PREVENCION
CANALIZACON
VISITA DOMICILIARIA
INTERVENCIONES BREVES

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1144 de ABRIL 9 DE 2025

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achí, Monte cristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del cauca, Turbaco . Anexo técnico N° 14

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: San Cayetano

Nombre (es) y Apellidos: Alberto Tares Villa Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 73226976 de San Cayetano

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Intelectual / Física EAPB: Mutual Ser

Régimen: Subsidiado

Ocupación: N/A Lugar de Residencia: Barrio El Campo.

Nombre del Cuidador (a): Ana Herrera Yepez. Teléfono: 3137829385.

Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

¿Se encuentra Registrado en el Registro de Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad RLCPD?

Si ___ No X (en Caso de Si favor canalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)

Remitido a UGD - Municipio de: _____

3. **ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)**

Orientaciones:

Fortalecimiento del autocuidado, implementación de actividades de esparcimiento, Fortalecimiento de la salud física, mental y emocional.

Intervención Realizada Por: Laura Pureón Ortega Cargo: Psicólogo.

Alberto

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achí, Monte cristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del cauca, Turbaco . Anexo técnico N° 14

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: _____

Nombre (es) y Apellidos: Judith Mara Monroy De Feria Fecha de Nacimiento: 07/09/1957
Edad: 68
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 33330707 6 de San Cayetano
Sexo: M _____ F X
Dx/Discapacidad: Física EAPB: Mutual Ser
Régimen: Subsidiado
Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: Barrio El campito
Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3105578825.
Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

¿Se encuentra Registrado en el Registro de Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad RLCPD?
Si ____ No X (en Caso de Si favor canalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)
Remitido a UGD - Municipio de: _____

3. **ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)**

Orientaciones:

Fortalecimiento de la autonomia de la persona con discapacidad mediante actividades adaptadas
Fortalecimiento del autocuidado del propio cuidador.

Intervención Realizada Por: Laura Rincon Ortega Cargo: Psicólogo

Judith M. Monroy
Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achí, Monte cristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del cauca, Turbaco . Anexo técnico N° 14

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: San Cayetano.

Nombre (es) y Apellidos: Simón Beltran Guerrero Fecha de Nacimiento: 20/01/1972
Edad: 53
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 7322670 de San Cayetano
Sexo: M X F ___
Dx/Discapacidad: Física. EAPB: Mutual Ser
Régimen: Subsidiado
Ocupación: Desempleado Lugar de Residencia: Barrio Simón Bolivar.
Nombre del Cuidador (a): Luz Beltran Guerrero Teléfono: 3132807688
Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

¿Se encuentra Registrado en el Registro de Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad RLCPD?
Si ___ No X (en Caso de Si favor canalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)
Remitido a UGD - Municipio de: _____

3. **ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)**

Orientaciones:

Fortalecimiento de la autonomia por medio de ayudas técnicas, orientación al cuidado sobre movilización segura y prevención de lesiones. Actividades de autocuidado.

Intervención Realizada Por: Laura Parrón Ortega. Cargo: Psicólogo

SIMON BELTRAN GUERRERO
Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achí, Monte cristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del cauca, Turbaco . Anexo técnico N° 14

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: San Cayetano.

Nombre (es) y Apellidos: Sury Serrano Bueno. Fecha de Nacimiento: 01/01/1963.
Edad: 62
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1051824690. de San Cayetano.
Sexo: M_____ F X
Dx/Discapacidad: Intelectual EAPB: Mutual Ser
Régimen: Subsidiado
Ocupación: N/A. Lugar de Residencia:
Nombre del Cuidador (a): Maria Valet. Teléfono: 3135717178.
Fecha de Elaboración:

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

¿Se encuentra Registrado en el Registro de Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad RLCPD?
Si X No ____ (en Caso de Si favor capalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)
Remitido a UGD - Municipio de: San Cayetano.

3. **ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)**

Orientaciones:

Fortalecimiento de actividades de autocuidado, actividades de esparcimiento: Actividad física, pasatiempos. Incluir interacciones sociales.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicólogo.

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achí, Monte cristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del cauca, Turbaco . Anexo técnico N° 14

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: San Cayetano.

Nombre (es) y Apellidos: Samuel de Jesus Patiño Salcedo Fecha de Nacimiento: 28/01/2006

Edad: 9

Identificación: RC: ___ TI: X CC: ___ No: 1051831489 de San Cayetano.

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Intelectual EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: Estudiante. Lugar de Residencia: El Campo.

Nombre del Cuidador (a): Evis Salcedo Suarez. Teléfono: 3001395701

Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

¿Se encuentra Registrado en el Registro de Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad RLCPD?

Si X No ___ (en Caso de Si favor canalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)

Remitido a UGD - Municipio de: San Cayetano.

3. **ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL** (Intervenciones Breves)

Orientaciones:

Se indican actividades y pautas de autocuidado para el fortalecimiento de la salud mental.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicólogo.

Evis Salcedo Suárez

Firma o identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achí, Monte cristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del cauca, Turbaco . Anexo técnico N° 14

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: San Cayetano.

Nombre (es) y Apellidos: Oswaldo Castro Rivera Fecha de Nacimiento: 16/04/1971

Edad: 54

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 19890190 de San Cayetano

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Visual EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: Emisora de Radio Locutor Lugar de Residencia: Las Flores.

Nombre del Cuidador (a): Alfredo Castro Rivera Teléfono: 3140643337.

Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

¿Se encuentra Registrado en el Registro de Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad RLCPD?

Si X No ___ (en Caso de Si favor canalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)

Remitido a UGD - Municipio de: San Cayetano.

3. **ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)**

Orientaciones:

Fortalecimiento del uso de ayudas técnicas, desarrollo de estrategias de autonomia y autocuidado.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicologo.

_____

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achí, Monte cristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del cauca, Turbaco . Anexo técnico N° 14

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: San Cayetano

Nombre (es) y Apellidos: Camilo Monroy Rivera Fecha de Nacimiento: 09/07/1979

Edad: 46

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 73231943 de San Cayetano

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Psicosocial EAPB: Mutualser.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: Obras varios. Lugar de Residencia: Las flores.

Nombre del Cuidador (a): Osvaldo Castro. Teléfono: 3136920348

Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

¿Se encuentra Registrado en el Registro de Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad RLCPD?

Si ___ No X (en Caso de SI favor canalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)

Remitido a UGD - Municipio de: _____

3. **ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL** (Intervenciones Breves)

Orientaciones:

Fortalecimiento y desarrollo de estrategias para la regulación emocional, fortalecimiento de habilidades sociales.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicóloga

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achí, Monte cristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del cauca, Turbaco . Anexo técnico N° 14

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: San Cayetano

Nombre (es) y Apellidos: Rafael Hernandez Tapias Fecha de Nacimiento: 06/07/1966

Edad: 59

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 73228765 de San Cayetano

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Intelectual (Cuidada). EAPB: Mutual ser

Régimen: Subsidiado

Ocupación: Oficios varios. Lugar de Residencia: El Campo

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3241049959.

Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

¿Se encuentra Registrado en el Registro de Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad RLCPD?

Si X No ___ (en Caso de Si favor canalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)

Remitido a UGD - Municipio de: San Cayetano.

3. **ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL** (Intervenciones Breves)

Orientaciones:

Implementación de rutinas estructuradas, Actividades de estimulación cognitiva y sociales que permitan desarrollar habilidades adaptativas.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega. Cargo: Psicólogo

RafaelH

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achí, Monte cristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del cauca, Turbaco . Anexo técnico N° 14

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: _____

Nombre (es) y Apellidos: Eduardo Hernandez Romero Fecha de Nacimiento: 23/04/1969
Edad: 56
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 73227280 de San Cayetano
Sexo: M _____ F _____
Dx/Discapacidad: Fisica EAPB: Mutual Ser
Régimen: Contributivo
Ocupación: Oficios varios. Lugar de Residencia: _____
Nombre del Cuidador (a): Yohana Hernandez Teléfono: 3128616663.
Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

¿Se encuentra Registrado en el Registro de Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad RLCPD?
Si X No ___ (en Caso de Si favor canalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)
Remitido a UGD - Municipio de: San Cayetano.

3. **ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)**

Orientaciones:

Fortalecimiento de actividades de autocuidado.
Fortalecimiento y creación de vinculos positivos y de apoyo. disminución de sintomas de estrés, prevención de ansiedad y sintomatología depresiva.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicólogo

EDUARDO HERNANDEZ
Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achí, Monte cristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del cauca, Turbaco . Anexo técnico N° 14

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: San Cayetano.

Nombre (es) y Apellidos: Rubén Tapias Palacios. Fecha de Nacimiento: 21/02/1962

Edad: 63

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 73202260 de San Cayetano.

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Psicosocial EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado.

Ocupación: _____ Lugar de Residencia: Barrio El campo.

Nombre del Cuidador (a): Rafael Tapias. Teléfono: 3241099959

Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

¿Se encuentra Registrado en el Registro de Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad RLCPD?

Si X No ____ (en Caso de Si favor canalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)

Remitido a UGD - Municipio de: San Cayetano Bolivar.

3. **ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)**

Orientaciones:

Se realizan recomendaciones y orientación sobre el manejo y apoyo frente a altas situaciones.

Intervención Realizada Por: Laura Patricia Ortega. Cargo: Psicólogo.

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Deisy Suarez Muñoz.
Tipo documento: CC Número Documento: 22665440
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 10 / 02 / 1968
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3167519631
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: El Campo.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Deisy Liliana Herrera Mendoza.
Relación/Parentesco con el NNA: _____ Identificación. Tipo documento: CC Número: 1051819104 Teléfono / celular: 3167519031
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Solicitud de ingreso registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.

Ayudas Técnicas = Bastón de apoyo.

Nombre del funcionario que remite: Laura Ruiz Ortega
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Javier Villareal Saraba.
Tipo documento: CC Número Documento: 8816255.
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3233284597.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio El Campo San Cayetano.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Ana Bolaño de la Cruz.
Relación/Parentesco con el NNA: Esposa. Identificación. Tipo documento: CC Número: 57305825. Teléfono / celular: 3233284597
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Institución a la cual se remite: Salud total.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Solicitud de apoyo técnico: Bastón para movilización.
DX: discapacidad física, psicosocial, intelectual.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega.
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Rubén Antonio Tapias Palacios
Tipo documento: CC Número Documento: 73202260
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 21 / 02 / 1962
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3241099959
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio El Campo

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Rafael Hernandez Tapias
Relación/Parentesco con el NNA: Hermano Identificación. Tipo documento: ____ Número: 73228765 Teléfono / celular: 3241099959
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Dificultades para la entrena apertura de Panos y formulas.

Nombre del funcionario que remite: Laura Pareja Ortega
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Simón Beltrán Guerrero.
Tipo documento: CC Número Documento: 7322670
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 20 / 01 / 1972
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3234232033.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: _____

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Luz Elena Beltran Guerrero
Relación/Parentesco con el NNA: Hermana. Identificación. Tipo documento: ____ Número: 33341000 Teléfono / celular: 3152807688
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Mohcal Ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Solicitud de ingreso. registro de localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD).

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega.
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Eduardo Hernandez Romero.
Tipo documento: CC Número Documento: 73227280
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 23 / 04 / 1969
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3136855316
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Carretera Troncal, Barrio Los olivos/ San Cayetano

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Yobana Hernandez
Relación/Parentesco con el NNA: Hermana Identificación. Tipo documento: CC Número: 33272794 Teléfono / celular: 3128616 63.
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Institución a la cual se remite: Hobal Ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Necesidad de Bastón de apoyo para movilización.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega.
Firma: Laura Rincon

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Samuel de Jesús Patiño Salcedo
Tipo documento: TI Número Documento: 1051831489
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 28 / 01 / 2006
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3001395701
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio El campo / San cayetano.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Eus Salcedo Suarez.
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: CC Número: 33341729 Teléfono / celular: 3001395701
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Mutual ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Necesidad consulta por oftalmología.

Nombre del funcionario que remite: Laura Ximena Ortega.
Firma: Laura Ximena

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Olfren Naam Valdés Marrón
Tipo documento: CC Número Documento: 73226771
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 23 / 09 / 1969
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3126972720
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: El Campo San Cayetano.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:

Relación/Parentesco con el NNA: _____ Identificación. Tipo documento: _____ Número: _____ Teléfono / celular: _____

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Solicitud para registro de localización y canalización de personas con discapacidad. (RLCPD).

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega.
Firma: Laura Rincon

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Osvaldo Castro Rivera
Tipo documento: CC Número Documento: 19890490
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 16 / 04 / 1971
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3136420418
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Las Flores / San Cayetano.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Alfredo Castro Rivera.
Relación/Parentesco con el NNA: Hermano Identificación. Tipo documento: ____ Número: 19890283. Teléfono / celular: 3114064337
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Solicitud de ayuda técnica: Bastón guía. discapacidad visual.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega.
Firma: Laura Rincón O.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Camilo Monroy Rivera
Tipo documento: CC Número Documento: 73231943
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 09 / 07 / 1979
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3136920418
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio las Flores - San Cayetano.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Oswaldo Castro.
Relación/Parentesco con el NNA: Hermano. Identificación. Tipo documento: X Número: 19890490 Teléfono / celular: 3136920418
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Solicitud de ingreso en registro de localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD).

Nombre del funcionario que remite: Laura Ruricio Ortega.
Firma: Laura Ruricio

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Alberto Tovar Villa
Tipo documento: CC Número Documento: 73226976
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3234908414
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio el Campo.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Ana Isabel Herrera Yepez
Relación/Parentesco con el NNA: Esposa Identificación. Tipo documento: CC Número: 45781226 Teléfono / celular: 3137829385
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Usuario presenta dificultades para la entrega oportuna de medicamento valsartan.

Nombre del funcionario que remite: Laura Ramón Ortega.
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

I. **Datos de la persona que se remite:**

Nombres y Apellidos: Gabriel Enrique Monroy Luna
Tipo documento: CC Número Documento: 957509
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3105578825.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio El campito.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Judith Maria Monroy de Feria.
Relación/Parentesco con el NNA: Hija Identificación. Tipo documento: ____ Número: 33330276 Teléfono / celular: 3105578825.
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)

Solicitud de ingreso registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega.
Firma: Laura Rincón O.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Olfran naim Valdes Marrón.

Tipo de documento: CC Número de documento: 7322677 Fecha de Nacimiento: 23/09/1969

Persona con discapacidad: [x] Cuidador: [ ] Otro: [ ] Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3126972720

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Campo.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Victima del conflicto armado [x] Cabeza de familia [ ]

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [x] Comunidad Negra [ ] Indígena [ ] Palenquero [ ] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [x] Régimen contributivo [ ] Régimen especial [ ] No afiliado [ ]

Nivel de escolaridad del beneficiario: Técnico

Ocupación del beneficiario: N/A

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [x] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [ ] Psicosocial [ ]

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si [ ] No [x]

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] La familia [ ] ONG [ ] PcD [ ] Otro [ ]

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si [ ] No [X]

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

_____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [X] Apartamento [ ] Habitación [ ] Albergue [ ] Mejora [ ] Otra [ ] Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [X] Arrendada [ ] Familiar [ ] Pago diario [ ] Invasión [ ] Posada [ ] Albergue [ ] Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [ ] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [X] Alcantarillado [ ] Recolección de Basuras [ ] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Río ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☒ Calles ☒ Andenes ☒ Parques ☒ Transporte ☐ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☒ Amigos ☐

Otro ☐ Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 1 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: _____

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. ☒ Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. ☒ Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☒ No ☐

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		✓
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		✓
Tener dificultad para relajarse.		✓
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		✓
Enfadarse o irritarse con facilidad.		✓
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		✓
Poco interés o placer en hacer las cosas.		✓
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		✓
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		✓
Sentirse cansado o con poca energía		✓
Falta de apetito o comer en exceso	✓	
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		✓

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?	✓	
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		✓
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		✓
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		✓
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		✓
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		✓
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		✓

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Presenta limitaciones para su movilidad que impactan en el desarrollo de sus actividades cotidianas, requiriendo apoyo parcial de terceros.

VIII. Recomendaciones

Fortalecer el acceso a ayudas técnicas y valorar posibles adecuaciones en el entorno para facilitar su autonomía y seguridad.

Nombre del beneficiario: Ofren Valdés.
No. Cedula: 73226771
Firma: Ofren Valdés

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143412103
Firma: Laura Rincón O.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Alsandro Silva Castillo

Tipo de documento: CC Número de documento: 1989000947 Fecha de Nacimiento: 06/05/1960

Persona con discapacidad: [X] Cuidador: [ ] Otro: [ ] Cuál ____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3206325929

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Campo.

Fecha de diligenciamiento: ____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Victima del conflicto armado [X] Cabeza de familia [ ]

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [X] Comunidad Negra [ ] Indigena [ ] Palenquero [ ] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [X] Régimen contributivo [ ] Régimen especial [ ] No afiliado [ ]

Nivel de escolaridad del beneficiario: N/A

Ocupación del beneficiario: N/A

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoria de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [X] Múltiple [X] Sordoceguera [ ] Intelectual [ ] Psicosocial [X]

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si [X] No [ ]

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ∅ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál Cardiología.

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] La familia [ ] DNG [ ] PcD [ ] Otro [ ]

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: SI [ ] No [X]

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [X] Apartamento [ ] Habitación [ ] Albergue [ ] Mejora [ ] Otra [ ] Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [X] Arrendada [ ] Familiar [ ] Pago diario [ ] Invasión [ ] Posada [ ] Albergue [ ] Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [X] Alcantarillado [ ] Recolección de Basuras [X] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [/] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [ ] Agua Embotellada [ ] Rio [ ] Pozo [ ]

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala [ ] Cuarto [ ] Baño [ ] Pasillos [ ] Calles [ ] Andenes [ ] Parques [ ] Transporte [ ] Hospital [ ] Ninguno [/]

Otros [ ] Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) [/] Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos [/] Padres [ ] Hijos [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes Nietos

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Servicios generales (domestica)

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Esposa.

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si [/] No [ ]

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		
Tener dificultad para relajarse.		
Estar tan inquieto que le resulte dificilestar sentado/a quieto/a.		
Enfadarse o irritarse con facilidad.		
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		
Poco interés o placer en hacer las cosas.		
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		
Sentirse cansado o con poca energía		
Falta de apetito o comer en exceso		
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta varias limitaciones que aumentan su dependencia hacia el cuidador y terceros.

VIII. Recomendaciones

Se recomienda apoyo integral, valoración de ayudas técnicas y fortalecimiento de redes de apoyo.

Nombre del beneficiario: Alixandro Silva.
No. Cedula: 1196906697
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Pureón Ortega.
Cédula: 1143412103.
Firma: Laura Pureón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Ruben Antonio Tapias Palacios.

Tipo de documento: CC Número de documento: 73202260 Fecha de Nacimiento: 21/02/1962

Persona con discapacidad: ☒ Cuidador: ☐ Otro: ☐ Cuál ____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3241099959

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Campo.

Fecha de diligenciamiento: ____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante ☐ Madre lactante ☐ Adulto Mayor ☐ Victima del conflicto armado ☒ Cabeza de familia ☐

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano ☐ Comunidad Negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Raizal ☐ Rrom/Gitano ☐

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☒ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: Primaria

Ocupación del beneficiario: N/A

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☐ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ Intelectual ☒ Psicosocial ☒

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☒ No ☐

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ⊘ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☐ No ☒

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☒ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☒ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☒ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [/] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [/] Agua Embotellada [ ] Río [ ] Pozo [ ]

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala [ ] Cuarto [ ] Baño [ ] Pasillos [ ] Calles [ ] Andenes [ ] Parques [ ] Transporte [ ] Hospital [ ] Ninguno [ ]

Otros [ ] Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) [/] Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos [/] Padres [ ] Hijos [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [/] Quienes Hermano

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Oficios Varios

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Víctimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Hermano.

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Víctimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si [ ] No [/]

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		✓
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		✓
Tener dificultad para relajarse.		✓
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		✓
Enfadarse o irritarse con facilidad.	✓	
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		✓
Poco interés o placer en hacer las cosas.		✓
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		✓
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado	✓	
Sentirse cansado o con poca energía		✓
Falta de apetito o comer en exceso		✓
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		✓

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		✓
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		✓
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		✓
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		✓
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		✓
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		✓
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		✓

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta dificultades en la regulación emocional y social.

VIII. Recomendaciones

Acompañamiento Psicosocial y orientación a la familia sobre manejo y apoyo.

Nombre del beneficiario: Rubén Tapias Palacios
No. Cedula: 73202260
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143412193
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Sony del Carmen Serrano Bueloas.

Tipo de documento: CC Número de documento: 1051824690 Fecha de Nacimiento: 01/01/1963

Persona con discapacidad: [X] Cuidador: [ ] Otro: [ ] Cuál: _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3135717778

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio las flores.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [X] Víctima del conflicto armado [X] Cabeza de familia [ ]

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [X] Comunidad Negra [ ] Indigena [ ] Palenquero [ ] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [X] Régimen contributivo [ ] Régimen especial [ ] No afiliado [ ]

Nivel de escolaridad del beneficiario: N/A

Ocupación del beneficiario: N/A

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [ ] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [X] Psicosocial [ ]

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si [X] No [ ]

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por si mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

Ø Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente

O Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo

O Requiere Terapia y/o Rehabilitación

Ø Requiere atención en salud actualmente

O Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente

O Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente

O Recibe atención en salud actualmente

Ø Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] La familia [ ] ONG [ ] PcD [ ] Otro [ ]

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si [ ] No [X]

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

_____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [X] Apartamento [ ] Habitación [ ] Albergue [ ] Mejora [ ] Otra [ ] Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [ ] Arrendada [ ] Familiar [X] Pago diario [ ] Invasión [ ] Posada [ ] Albergue [ ] Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [ ] Energía Eléctrica [X] Gas Natura [ ] Alcantarillado [ ] Recolección de Basuras [ ] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Rio ☐ Pozo ☒

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☐ Andenes ☐ Parques ☐ Transporte ☐ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☒ Quienes Hermanos, Sobrinos.

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Comerciante.

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. ☒ Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Hermana

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. ☒ Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☐ No ☐

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		X
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		X
Tener dificultad para relajarse.		X
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		X
Enfadarse o irritarse con facilidad.	X	
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		X
Poco interés o placer en hacer las cosas.		X
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		X
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		X
Sentirse cansado o con poca energía		X
Falta de apetito o comer en exceso		X
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión	X	

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		X
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		X
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		X
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		X
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		X
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Presenta dificultades en la comprensión y realización de actividades que demandan funciones cognitivas completas.
El cuidador desempeña un papel fundamental en su apoyo diario.

VIII. Recomendaciones

Se sugiere promover estrategias de estimulación, inclusión y orientación al cuidador sobre pautas para el desarrollo de habilidades adaptativas.

Nombre del beneficiario: Sony Serrano Bolivar.
No. Cedula: 1051824690
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Pinzón Ortega.
Cédula: 1143412103
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Alberto Torres Villa

Tipo de documento: CC Número de documento: 7322697G Fecha de Nacimiento: _____

Persona con discapacidad: [X] Cuidador: [ ] Otro: [ ] Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3234908414

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Campo.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Victima del conflicto armado [X] Cabeza de familia [ ]

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [ ] Comunidad Negra [ ] Indígena [ ] Palenquero [X] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [X] Régimen contributivo [ ] Régimen especial [ ] No afiliado [ ]

Nivel de escolaridad del beneficiario: Básica Primaria.

Ocupación del beneficiario: N/A

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [X] Múltiple [X] Sordoceguera [ ] Intelectual [X] Psicosocial [X]

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si [ ] No [X]

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] La familia [ ] ONG [ ] PcD [ ] Otro [ ]

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si [X] No [ ]

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

_____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [X] Apartamento [ ] Habitación [ ] Albergue [ ] Mejora [ ] Otra [ ] Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [X] Arrendada [ ] Familiar [ ] Pago diario [ ] Invasión [ ] Posada [ ] Albergue [ ] Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [ ] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [X] Alcantarillado [ ] Recolección de Basuras [X] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☒ Río ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☐ Andenes ☐ Parques ☐ Transporte ☐ Hospital ☐ Ninguno ☒

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☒ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☐ Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 7 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Conductor, mototaxi

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Esposa.

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☐ No ☒

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		
Tener dificultad para relajarse.		
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		
Enfadarse o irritarse con facilidad.		
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		
Poco interés o placer en hacer las cosas.		
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		
Sentirse cansado o con poca energía		
Falta de apetito o comer en exceso		
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta dificultades en la regulación emocional y social.

Usuario con autonomía parcial.

VIII. Recomendaciones

Se sugiere acompañamiento psicosocial y orientación a la familia sobre manejo y apoyo.

Nombre del beneficiario: Alberto Torres.
No. Cedula: 7322676.
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Pineda Diego.
Cédula: 1143412163
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Delsy Suarez Muñoz

Tipo de documento: CC Número de documento: 22665440 Fecha de Nacimiento: 10/02/1968

Persona con discapacidad: ☐ Cuidador: ☑ Otro: ☐ Cuál ____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3167519031

Dirección-Municipio/Barrio: El campo

Fecha de diligenciamiento: ____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante ☐ Madre lactante ☐ Adulto Mayor ☐ Victima del conflicto armado ☐ Cabeza de familia ☐

Ninguno ☒ Otro ☐ Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano ☒ Comunidad Negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Raizal ☐ Rrom/Gitano ☐

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☒ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: N/A

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☒ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ Intelectual ☐ Psicosocial ☐

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☑

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ⊘ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ⊘ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☒ No ☐

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál dificultades económicas

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☒ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☒ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☑ Agua Embotellada ☐ Río ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☐ Andenes ☐ Parques ☐ Transporte ☐ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☑ Quienes Nietos.

Cuántas Personas conforman el hogar 3 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 1

Ocupación de los miembros del hogar: Independiente

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Nietos.

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☐ No ☑

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		
Tener dificultad para relajarse.		
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		
Enfadarse o irritarse con facilidad.		
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		
Poco interés o placer en hacer las cosas.		
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		
Sentirse cansado o con poca energía		
Falta de apetito o comer en exceso		
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Presenta limitaciones en su movilidad que impactan en el desarrollo de sus actividades cotidianas, requiriendo apoyo parcial o total de su cuidador.

VIII. Recomendaciones

Fortalecer el acceso a ayudas técnicas y valorar posibles adecuaciones en el entorno para facilitar su autonomía y seguridad.

Nombre del beneficiario: Deisy Suarez Muñoz
No. Cedula: 22665940
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Ruiz Ortega
Cédula: 1143412103
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Deisy Liana Herrera Mendoza

Tipo de documento: TI Número de documento: 1051674104 Fecha de Nacimiento: _____

Persona con discapacidad: [X] Cuidador: [ ] Otro: [ ] Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3167514031

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Campo.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Victima del conflicto armado [ ] Cabeza de familia [ ]

Ninguno [X] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [ ] Comunidad Negra [ ] Indigena [ ] Palenquero [ ] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [X]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [X] Régimen contributivo [ ] Régimen especial [ ] No afiliado [ ]

Nivel de escolaridad del beneficiario: _____

Ocupación del beneficiario: Estudiante

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [X] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [ ] Psicosocial [ ]

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si [ ] No [X]

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

Ø Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente

○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo

○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación

○ Requiere atención en salud actualmente

○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente

○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente

○ Recibe atención en salud actualmente

Ø Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☒ No ☐

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

_____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☒ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Río ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☐ Andenes ☐ Parques ☐ Transporte ☐ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☒ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☒ Quienes Hermano

Cuántas Personas conforman el hogar 3 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Madre

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☐ No ☒

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		
Tener dificultad para relajarse.		
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		
Enfadarse o irritarse con facilidad.		
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		
Poco interés o placer en hacer las cosas.		
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		
Sentirse cansado o con poca energía		
Falta de apetito o comer en exceso		
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Berefiuario presenta limitaciones en su movilidad que impactan en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

VIII. Recomendaciones

Fortalecer el acceso a ayudas técnicas y valorar posibles adecuaciones.

Nombre del beneficiario: Deisy Herrera.
No. Cedula: 1051819184
Firma: Deisy Herrera

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Ximena Ortega.
Cédula: 1143961103
Firma: Laura Ximena O.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Javier Villareal Saraleja

Tipo de documento: CC Número de documento: 88162555 Fecha de Nacimiento: _____

Persona con discapacidad: [/] Cuidador: [ ] Otro: [ ] Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3233284597

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El campo.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Victima del conflicto armado [/] Cabeza de familia [ ]

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [ ] Comunidad Negra [ ] Indigena [ ] Palenquero [ ] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [/]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [ ] Régimen contributivo [ ] Régimen especial [ ] No afiliado [ ]

Nivel de escolaridad del beneficiario: Básica primaria

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [/] Múltiple [/] Sordoceguera [ ] Intelectual [/] Psicosocial [/]

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si [/] No [ ]

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oir aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

Ø Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente

O Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo

O Requiere Terapia y/o Rehabilitación

O Requiere atención en salud actualmente

O Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente

O Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente

O Recibe atención en salud actualmente

Ø Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. ✓ Fisioterapia
4. ✓ Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. ✓ Psicología
7. Trabajo social
8. ✓ Otro, Cuál Neurología.

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. ✓ El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☒ No ☐

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. ✓ Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☒ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [ ] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [/] Agua Embotellada [ ] Río [ ] Pozo [ ]

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala [ ] Cuarto [ ] Baño [/] Pasillos [/] Calles [/] Andenes [/] Parques [/] Transporte [/] Hospital [ ] Ninguno [ ]

Otros [ ] Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) [/] Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos [ ] Padres [ ] Hijos [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 2 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 1

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. [/] Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Víctimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. [/] Otro-Cuál Cuidador.

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Esposo

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Víctimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. [/] Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si [/] No [ ]

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		X
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		X
Tener dificultad para relajarse.		X
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		X
Enfadarse o irritarse con facilidad.		X
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		X
Poco interés o placer en hacer las cosas.		X
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		X
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		X
Sentirse cansado o con poca energía		X
Falta de apetito o comer en exceso		X
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		X

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		X
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		X
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		X
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		X
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		X
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona con discapacidad presenta limitaciones diversas que aumentan su dependencia hacia el cuidador y terceros.

VIII. Recomendaciones

Se recomienda apoyo integral, valoración de ayudas técnicas y fortalecimiento de redes de apoyo.

Nombre del beneficiario: Javier Villareal.
No. Cedula: 88 16255
Firma: _____

Profesional ESE Hospital de Malhates:

Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143112103.
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Yadira Esther Monroy Betancourt

Tipo de documento: CC Número de documento: 33341666 Fecha de Nacimiento: 26/05/1969

Persona con discapacidad: ☐ Cuidador: ☒ Otro: ☐ Cuál ____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3117006506

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Casingui

Fecha de diligenciamiento: ____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante ☐ Madre lactante ☐ Adulto Mayor ☐ Víctima del conflicto armado ☒ Cabeza de familia ☐

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano ☒ Comunidad Negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Raizal ☐ Rrom/Gitano ☐

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☒ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: Tercero de Primaria

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☒ Múltiple ☒ Sordoceguera ☐ Intelectual ☒ Psicosocial ☐

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☒

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

epilexia

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por si mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ⊘ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☒ No ☐

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☒ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Rio ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☒ Cuarto ☒ Baño ☒ Pasillos ☒ Calles ☒ Andenes ☒ Parques ☒ Transporte ☒ Hospital ☒ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☒ Quienes Hermano

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 1

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Hijo

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☒ No ☐

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		
Tener dificultad para relajarse.		
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		
Enfadarse o irritarse con facilidad.		
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		
Poco interés o placer en hacer las cosas.		
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		
Sentirse cansado o con poca energía		
Falta de apetito o comer en exceso		
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona quien es cuidadora, se recomienda Fomentar al máximo la autonomía de la persona, brindando apoyo solo cuando sea necesario.

VIII. Recomendaciones

Participar en redes de apoyo interdisciplinario. para atender las diversas necesidades.
Es importante participar en redes de apoyo comunitario y espacios de autocuidado para reducir el desgaste emocional y físico.

Nombre del beneficiario: Yadira Monroy.
No. Cedula: 33341666
Firma: Yadira Monroy

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143123403
Firma: Laura Rincón O.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. **Datos del beneficiario:**

Nombres y apellidos: Eduardo Hernandez Romero

Tipo de documento: CC Número de documento: 73227280 Fecha de Nacimiento: 23/04/1969

Persona con discapacidad: [X] Cuidador: [ ] Otro: [ ] Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3113685316

Dirección-Municipio/Barrio: Carretera Troncal, Sector los Olivos.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Victima del conflicto armado [X] Cabeza de familia [ ]

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [X] Comunidad Negra [ ] Indigena [ ] Palenquero [ ] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [ ] Régimen contributivo [X] Régimen especial [ ] No afiliado [ ]

Nivel de escolaridad del beneficiario: Primaria

Ocupación del beneficiario: Oficios Varios.

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [X] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [ ] Psicosocial [ ]

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si [X] No [ ]

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ⊘ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ⊘ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] La familia [ ] ONG [ ] PcD [ ] Otro [ ]

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si [ ] No [X]

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

_____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [X] Apartamento [ ] Habitación [ ] Albergue [ ] Mejora [ ] Otra [ ] Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [ ] Arrendada [ ] Familiar [X] Pago diario [ ] Invasión [ ] Posada [ ] Albergue [ ] Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [ ] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] Alcantarillado [ ] Recolección de Basuras [ ] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [ ] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [/] Agua Embotellada [ ] Rio [ ] Pozo [/]

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala [/] Cuarto [/] Baño [/] Pasillos [/] Calles [/] Andenes [/] Parques [/] Transporte [/] Hospital [/] Ninguno [ ]

Otros [/] Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) [ ] Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos [ ] Padres [/] Hijos [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 2 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. [/] Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Madre.

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. [/] Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si [/] No [ ]

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		✓
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		✓
Tener dificultad para relajarse.		✓
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		✓
Enfadarse o irritarse con facilidad.		✓
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		✓
Poco interés o placer en hacer las cosas.		✓
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		✓
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		✓
Sentirse cansado o con poca energía		✓
Falta de apetito o comer en exceso		✓
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		✓

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		✓
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		✓
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		✓
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		✓
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		✓
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		✓
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		✓

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Discapacidad física por Dx de polio.
Se observa que la persona presenta limitaciones en su movilidad que impactan en el desarrollo de sus actividades cotidianas requiriendo apoyo parcial de su cuidador.

VIII. Recomendaciones

Se recomienda fortalecer el acceso a ayudas técnicas y valorar posibles adecuaciones en el entorno para facilitar su autonomía y seguridad.

Nombre del beneficiario: Eduardo Hernandez
No. Cedula: 73727260
Firma: EDUARDO HERNANDEZ

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Pinzón Ortega.
Cédula: 1143412103
Firma: Laura Pinzón O.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Ana Isabell Bolaño de la Cruz.

Tipo de documento: CC Número de documento: 57305825 Fecha de Nacimiento: _____

Persona con discapacidad: ☐ Cuidador: ☑ Otro: ☐ Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3233284597.

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Campo.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante ☐ Madre lactante ☐ Adulto Mayor ☐ Victima del conflicto armado ☑ Cabeza de familia ☐

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano ☑ Comunidad Negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Raizal ☐ Rrom/Gitano ☐

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☐ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: NA

Ocupación del beneficiario: N/A.

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☑ Múltiple ☑ Sordoceguera ☐ Intelectual ☑ Psicosocial ☑

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☑ No ☐

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- Ø Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- Ø Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál Neurología.

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☒ No ☐

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☒ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☑ Agua Embotellada ☐ Rio ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☑ Pasillos ☑ Calles ☑ Andenes ☑ Parques ☑ Transporte ☑ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☑ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☐ Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 2 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 1

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Esposa

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☑ No ☐

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		X
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		X
Tener dificultad para relajarse.		X
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		X
Enfadarse o irritarse con facilidad.		X
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		X
Poco interés o placer en hacer las cosas.		X
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		X
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		X
Sentirse cansado o con poca energía		X
Falta de apetito o comer en exceso		X
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		X

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		X
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		X
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		X
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		X
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		X
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

El cuidador desempeña un rol fundamental en el acompañamiento y refiere altos niveles de demanda en el cuidado diario.

VIII. Recomendaciones

Acceder a apoyo interdisciplinario, buscar redes de apoyo comunitario, valorar ayudas Técnicas y fatalecer espacios de autocuidado para el cuidador.

Nombre del beneficiario: Ana Isabel Bolaño.
No. Cedula: 57305825.
Firma: Ana Isabel Bolaño

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143412103
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Simon Beltran Guerrero.

Tipo de documento: CC Número de documento: 7322370 Fecha de Nacimiento: 20/01/1972

Persona con discapacidad: [X] Cuidador: [ ] Otro: [ ] Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3234232033

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Simón Bolivar.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Victima del conflicto armado [X] Cabeza de familia [ ]

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [X] Comunidad Negra [ ] Indigena [ ] Palenquero [ ] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [X] Régimen contributivo [ ] Régimen especial [ ] No afiliado [ ]

Nivel de escolaridad del beneficiario: Bachiller Academico.

Ocupación del beneficiario: Desempleado.

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [X] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [ ] Psicosocial [ ]

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si [ ] No [X]

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oidos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Foncaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☐ No ☒

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☐ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Río ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☒ Pasillos ☐ Calles ☒ Andenes ☒ Parques ☒ Transporte ☒ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☒ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☒ Quienes Hermana

Cuántas Personas conforman el hogar 3 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 1

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Hermana.

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☐ No ☒

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		X
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		X
Tener dificultad para relajarse.		X
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		X
Enfadarse o irritarse con facilidad.		X
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		X
Poco interés o placer en hacer las cosas.		X
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		X
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		X
Sentirse cansado o con poca energía		X
Falta de apetito o comer en exceso		X
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		X

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		X
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		X
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		X
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		X
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		X
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Se observa que la persona presenta limitaciones en su movilidad que impactan en el desarrollo de sus actividades cotidianas, requiriendo apoyo parcial de su cuidador.

VIII. Recomendaciones

Se recomienda fortalecer el acceso a ayudas técnicas y valorar posibles adecuaciones en el entorno para facilitar su autonomía y seguridad.

Nombre del beneficiario: Simón Beltran Guerrero.
No. Cedula: 1322750
Firma: SIMON BELTRAN GUERRERO

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143912103
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Liz Helena Beltran Guerrero

Tipo de documento: CC Número de documento: 33341000 Fecha de Nacimiento: 16/10/1967

Persona con discapacidad: ☐ Cuidador: ☒ Otro: ☐ Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3152907688

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Simón Bolivar.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante ☐ Madre lactante ☐ Adulto Mayor ☐ Victima del conflicto armado ☒ Cabeza de familia ☐

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano ☒ Comunidad Negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Raizal ☐ Rrom/Gitano ☐

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☒ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: Primaria basica.

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☒ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ Intelectual ☐ Psicosocial ☐

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☒

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ⊘ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☐ No ☒

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

_____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☐ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Rio ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☐ Andenes ☐ Parques ☐ Transporte ☐ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☒ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☒ Quienes Hermano

Cuántas Personas conforman el hogar 3 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 2

Ocupación de los miembros del hogar: Ama de casa

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Hermano.

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☐ No ☒

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		✓
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		✓
Tener dificultad para relajarse.		✓
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		✓
Enfadarse o irritarse con facilidad.		✓
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		✓
Poco interés o placer en hacer las cosas.		✓
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		✓
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		✓
Sentirse cansado o con poca energía		✓
Falta de apetito o comer en exceso		✓
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		✓

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		✓
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		✓
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		✓
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		✓
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		✓
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		✓
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		✓

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Persona cuidadora de hermana con discapacidad física y madre de la tercera edad.

VIII. Recomendaciones

Es importante recibir orientación sobre movilización segura y autocuidado del propio cuidador para prevenir sobrecarga física y emocional.

Nombre del beneficiario: Luz Beltran
No. Cedula: 33341000
Firma: Luz Elena Beltran Guerrero

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Simon Ortega.
Cédula: 1143847103
Firma: Laura Simon

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. **Datos del beneficiario:**

Nombres y apellidos: Marta Marrón.

Tipo de documento: CC Número de documento: 23095898 Fecha de Nacimiento: 11/12/1956

Persona con discapacidad: ☐ Cuidador: ☒ Otro: ☐ Cuál ____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3106231672

Dirección-Municipio/Barrio: El Campo

Fecha de diligenciamiento: ____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante ☐ Madre lactante ☐ Adulto Mayor ☐ Victima del conflicto armado ☒ Cabeza de familia ☐

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano ☒ Comunidad Negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Raizal ☐ Rrom/Gitano ☐

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☒ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: N/A

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☐ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ Intelectual ☐ Psicosocial ☒

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☒

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] La familia [ ] ONG [ ] PcD [ ] Otro [ ]

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si [ ] No [X]

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

_____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [X] Apartamento [ ] Habitación [ ] Albergue [ ] Mejora [ ] Otra [ ] Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [X] Arrendada [ ] Familiar [ ] Pago diario [ ] Invasión [ ] Posada [ ] Albergue [ ] Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [ ] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [X] Alcantarillado [ ] Recolección de Basuras [ ] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Río ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☐ Andenes ☐ Parques ☐ Transporte ☐ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☒ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☐ Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 2 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 1

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. ☒ Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Víctimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Hijos.

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Víctimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. ☒ Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☐ No ☒

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite	✓	
Preocuparse demasiado por diferentes cosas	✓	
Tener dificultad para relajarse.	✓	
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		✓
Enfadarse o irritarse con facilidad.	✓	
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		✓
Poco interés o placer en hacer las cosas.		✓
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		✓
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado	✓	
Sentirse cansado o con poca energía		✓
Falta de apetito o comer en exceso		✓
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		✓

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		✓
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		✓
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		✓
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		✓
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		✓
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		✓
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		✓

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Presenta dificultades en la regulación emocional y en la interacción social con el entorno, lo que genera retos en la participación de los mismos.

VIII. Recomendaciones

Acompañamiento psicosocial continuo y orientar a la familia en el manejo de las situaciones que se presentan, así como en el acceso de redes de apoyo.

Nombre del beneficiario: Maita María.
No. Cedula: 23095898
Firma: Martha María

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143842103
Firma: Laura Rincón O.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Elvis del Carmen Salcedo Suarez

Tipo de documento: CC Número de documento: 33341729 Fecha de Nacimiento: 07/09/1974

Persona con discapacidad: ☐ Cuidador: ☒ Otro: ☐ Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3001395701

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Campo.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante ☐ Madre lactante ☐ Adulto Mayor ☐ Víctima del conflicto armado ☒ Cabeza de familia ☐

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano ☒ Comunidad Negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Raizal ☐ Rrom/Gitano ☐

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☒ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: Técnico

Ocupación del beneficiario: Comerciante independiente.

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☐ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ Intelectual ☒ Psicosocial ☐

¿Cuenta con certificación de discapacidad? SI ☒ No ☐

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oidos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oir aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por si mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. ☒ Fisioterapia
4. ☒ Fonoaudiología
5. ☒ Terapia Ocupacional
6. ☒ Psicología
7. Trabajo social
8. ☒ Otro, Cuál Neurología

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☒ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☒ No ☐

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. ☒ Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☒ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☒ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Rio ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☒ Andenes ☒ Parques ☒ Transporte ☐ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☒ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☐ Quienes Hijos.

Cuántas Personas conforman el hogar 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 4

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. ☒ Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Madre

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. ☒ Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☒ No ☐

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		X
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		X
Tener dificultad para relajarse.		X
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		X
Enfadarse o irritarse con facilidad.		X
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		X
Poco interés o placer en hacer las cosas.		X
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		X
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		X
Sentirse cansado o con poca energía		X
Falta de apetito o comer en exceso	X	
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		X

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?	X	
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		X
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	X	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		X
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		X
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona con discapacidad presenta dificultades en la comprensión y ejecución de tareas cotidianas por lo que requere apoyoc constante.

VIII. Recomendaciones

Ofrecer pautas de manejo, apoyo emocional y Vinculación a Programas de orientación.

Nombre del beneficiario: Eus Salcedo
No. Cedula: 33349729
Firma: Eus Salcedo Suárez

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Ramos Ortega
Cédula: 1143126163.
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Samuel De Jesús Patiño Salcedo

Tipo de documento: TI Número de documento: 1051831489 Fecha de Nacimiento: 28/01/2006

Persona con discapacidad: [X] Cuidador: [ ] Otro: [ ] Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3001395701

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El campo

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Victima del conflicto armado [X] Cabeza de familia [X]

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [X] Comunidad Negra [ ] Indigena [ ] Palenquero [ ] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [X] Régimen contributivo [ ] Régimen especial [ ] No afiliado [ ]

Nivel de escolaridad del beneficiario: Básica primaria.

Ocupación del beneficiario: Estudiante

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [ ] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [X] Psicosocial [ ]

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si [X] No [ ]

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál Neurología

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] La familia [ ] ONG [ ] PcD [ ] Otro [ ]

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si [X] No [ ]

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [X] Apartamento [ ] Habitación [ ] Albergue [ ] Mejora [ ] Otra [ ] Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [ ] Arrendada [ ] Familiar [X] Pago diario [ ] Invasión [ ] Posada [ ] Albergue [ ] Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [ ] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [X] Alcantarillado [ ] Recolección de Basuras [ ] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☑ Agua Embotellada ☐ Río ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☐ Andenes ☐ Parques ☐ Transporte ☐ Hospital ☐ Ninguno ☑

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☑ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☑ Quienes Hermanos

Cuántas Personas conforman el hogar 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. ☑ Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Madre

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. ☑ Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☑ No ☐

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		
Tener dificultad para relajarse.		
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		
Enfadarse o irritarse con facilidad.		
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		
Poco interés o placer en hacer las cosas.		
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		
Sentirse cansado o con poca energía		
Falta de apetito o comer en exceso		
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Persona evidencia dificultades en la comprensión y realización de actividades que demanden funciones cognitivas complejas.

VIII. Recomendaciones

Promover estrategias de estimulación, inclusión y orientación al cuidador sobre pautas para el desarrollo de habilidades adaptativas.

Nombre del beneficiario: Samuel Patiño Salcedo.
No. Cedula: 1051834489
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143871823
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Judith María Monroy De Feria

Tipo de documento: CC Número de documento: 33330[illegible]6 Fecha de Nacimiento: 07/09/1957

Persona con discapacidad: ☐ Cuidador: ☒ Otro: ☐ Cuál ____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3105[illegible]0825

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Campito.

Fecha de diligenciamiento: ____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante ☐ Madre lactante ☐ Adulto Mayor ☐ Víctima del conflicto armado ☒ Cabeza de familia ☐

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano ☒ Comunidad Negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Raizal ☐ Rrom/Gitano ☐

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☒ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: Bachiller académico.

Ocupación del beneficiario: Ama de casa.

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☒ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ Intelectual ☐ Psicosocial ☐

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Sí ☐ No ☒

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- Requiere atención en salud actualmente
- Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- Recibe atención en salud actualmente
- Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál Reumatología

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☒ No ☐

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☐ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☒ Cuál Vereda

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☐ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Río ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☒ Andenes ☒ Parques ☒ Transporte ☒ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☒ Quienes Hermanos.

Cuántas Personas conforman el hogar 2 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 1

Ocupación de los miembros del hogar: _____

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. ☒ Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Hermano

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. ☒ Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☐ No ☒

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		
Tener dificultad para relajarse.		
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		
Enfadarse o irritarse con facilidad.		
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		
Poco interés o placer en hacer las cosas.		
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		
Sentirse cansado o con poca energía		
Falta de apetito o comer en exceso		
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Se observa que el cuidador asume un rol activo en el apoyo diario, mostrando disposición para colaborar y aprender sobre el uso de técnicas

VIII. Recomendaciones

Se recomienda fomentar la autonomía de la persona con discapacidad, motivar el uso de ayudas técnicas, recalar orientación en movilización segura y fortalecer el autocuidado del propio cuidador.

Nombre del beneficiario: Judith Monroy.
No. Cedula: 33339096
Firma: Judith M. Monroy

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143962103
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Rafael Hernandez Tapias.

Tipo de documento: CC Número de documento: 73228765 Fecha de Nacimiento: 06/02/1966

Persona con discapacidad: ☐ Cuidador: ☒ Otro: ☐ Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3241099959

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Campo

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante ☐ Madre lactante ☐ Adulto Mayor ☒ Victima del conflicto armado ☒ Cabeza de familia ☐

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano ☒ Comunidad Negra ☐ Indigena ☐ Palenquero ☐ Raizal ☐ Rrom/Gitano ☐

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☒ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: Primero de primaria.

Ocupación del beneficiario: Oficios varios.

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☐ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ Intelectual ☒ Psicosocial ☒

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☒ No ☐

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ⊘ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. ☑ Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☐ No ☐

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

_____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☑ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☑ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☑ Gas Natural ☑ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Río ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☒ Andenes ☒ Parques ☒ Transporte ☒ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☒ Quienes Hermano, Sobrina, Cuñada

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 3

Ocupación de los miembros del hogar: Ama de casa

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Cuñada

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☐ No ☒

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		X
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		X
Tener dificultad para relajarse.		X
Estar tan inquieto que le resulte dificilestar sentado/a quieto/a.		X
Enfadarse o irritarse con facilidad.	X	
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		X
Poco interés o placer en hacer las cosas.		X
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		X
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado	X	
Sentirse cansado o con poca energía		X
Falta de apetito o comer en exceso		X
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		X

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		X
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		X
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		X
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		X
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		X
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Se identifica que el cuidador brinda acompañamiento constante y busca facilitar la comprensión y ejecución de actividades básicas.

VIII. Recomendaciones

Se recomienda implementar rutinas claras, reforzar positivamente, promover el autocuidado del cuidador.

Nombre del beneficiario: Rafael Hernandez.
No. Cedula: 73288765
Firma: Rafael H

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143412103
Firma: Laura Rincón O.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Camilo Monroy Rivera

Tipo de documento: CC Número de documento: 73231943 Fecha de Nacimiento: 09/07/1979

Persona con discapacidad: ☒ Cuidador: ☐ Otro: ☐ Cuál: _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3136920418

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Las flores.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante ☐ Madre lactante ☐ Adulto Mayor ☐ Victima del conflicto armado ☒ Cabeza de familia ☐

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano ☒ Comunidad Negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Raizal ☐ Rrom/Gitano ☐

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☒ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: Primaria

Ocupación del beneficiario: Oficios Varios

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☐ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ Intelectual ☐ Psicosocial ☒

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☒

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- ○ Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- ○ Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si ☐ No ☐

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

_____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Albergue ☐ Mejora ☐ Otra ☐ Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Pago diario ☐ Invasión ☐ Posada ☐ Albergue ☐ Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto ☐ Energía Eléctrica ☒ Gas Natural ☒ Alcantarillado ☐ Recolección de Basuras ☐ Telefonía Fija ☐

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Río ☐ Pozo ☐

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☐ Andenes ☐ Parques ☐ Transporte ☐ Hospital ☐ Ninguno ☒

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☒ Quienes Hermano.

Cuántas Personas conforman el hogar 5 Cuantas tienen discapacidad 2 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Emisor de radio.

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Hermano.

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☐ No ☒

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		
Tener dificultad para relajarse.		
Estar tan inquieto que le resulte dificilestar sentado/a quieto/a.		
Enfadarse o irritarse con facilidad.		
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		
Poco interés o placer en hacer las cosas.		
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		
Sentirse cansado o con poca energía		
Falta de apetito o comer en exceso		
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?		
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta dificultades en la regulación emocional y social.
→ Recibe tratamiento psicofarmacológico.

VIII. Recomendaciones

Se sugiere acompañamiento psicosocial y orientación a la familia sobre manejo y apoyo.

Nombre del beneficiario: Camilo Monroy Rivera.
No. Cedula: 7323943.
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143012107
Firma: Laura Rincon

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD-RBC
DIMENSIÓN: TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1144 DE 9 DE ABRIL DE 2025 ANEXO TÉCNICO N° 14

I. **Datos del beneficiario:**

Nombres y apellidos: Osvaldo Castro Ruera

Tipo de documento: CC Número de documento: 19890490 Fecha de Nacimiento: 16/04/1971

Persona con discapacidad: [x] Cuidador: [ ] Otro: [ ] Cuál _____

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3136420418

Dirección-Municipio/Barrio: Calle las flores

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Victima del conflicto armado [x] Cabeza de familia [ ]

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [x] Comunidad Negra [ ] Indigena [ ] Palenquero [ ] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [x] Régimen contributivo [ ] Régimen especial [ ] No afiliado [ ]

Nivel de escolaridad del beneficiario: N/A.

Ocupación del beneficiario: Radio Comunitaria (Locutor).

En caso de presentar el beneficiario discapacidad o un miembro de la familia por favor diligencie las siguientes preguntas:

Categoría de discapacidad:

Visual [x] Auditiva [ ] Física [ ] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [ ] Psicosocial [ ]

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si [x] No [ ]

El beneficiario por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- Ø Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- Ø Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- ○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- ○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- ○ Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

En caso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] La familia [ ] ONG [ ] PcD [ ] Otro [ ]

Si requiere rehabilitación y no la esta recibiendo señale el motivo:

1. Falta de dinero para transporte
2. No tiene quien lo lleve
3. No ha sido autorizado el servicio por el asegurador
4. El centro de atención está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si [ ] No [X]

En caso de presentar dificultades en la prestación del servicio de salud, estas obedecen a:

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál _____

_____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [X] Apartamento [ ] Habitación [ ] Albergue [ ] Mejora [ ] Otra [ ] Cuál _____

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [ ] Arrendada [ ] Familiar [X] Pago diario [ ] Invasión [ ] Posada [ ] Albergue [ ] Otra, Cuál _____

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [ ] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [X] Alcantarillado [ ] Recolección de Basuras [ ] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto ☐ Carro Tanque ☐ Agua Lluvia ☒ Agua Embotellada ☐ Rio ☐ Pozo ☒

Lugares de la vivienda o entorno social con barreras para el desarrollo de las actividades diarias cotidianas:

Sala ☐ Cuarto ☐ Baño ☐ Pasillos ☐ Calles ☒ Andenes ☒ Parques ☒ Transporte ☒ Hospital ☐ Ninguno ☐

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) ☐ Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Amigos ☐

Otro ☒ Quienes Hermanos

Cuántas Personas conforman el hogar 5 Cuantas tienen discapacidad 2 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Independiente.

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Víctimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: Hermanos.

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Víctimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál _____

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si ☒ No ☐

V. Encuesta Persona con Discapacidad

En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas	SI	NO
Sentirse nervioso, ansioso o al límite		X
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		X
Tener dificultad para relajarse.		X
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		X
Enfadarse o irritarse con facilidad.		X
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		X
Poco interés o placer en hacer las cosas.		X
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		X
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		X
Sentirse cansado o con poca energía		X
Falta de apetito o comer en exceso		X
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión	X	

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?	X	
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		X
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		X
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		X
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		X
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X	

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta limitaciones en la visión que impactan su movilidad e interacción con el entorno.

VIII. Recomendaciones

Promover el uso de ayudas como bastón blanco o tecnologías de apoyo, fortalecer estrategias de orientación y movilidad segura.

Nombre del beneficiario: Oswaldo Castro Rivera
No. Cedula: 19890490
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143412103
Firma: Laura Rincón O.