E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD



MUNICIPIO DE SAN JACINTO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

Mahates Bolívar, 6 de octubre. de 2025.

Doctor (a): Jorge Mario Vergara
Secretario (a) de Salud Municipal
Municipio de: San Jacinto Bolivar

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 X
8. Original del presente oficio remisorio.

Atentamente,

Asesor (a) ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES
Nombre: Paula Cecilia Reales
Teléfono: 3214193211
Cargo: Psicologa ESP.

CERTIFICACIÓN DE RECIBIDO

NOMBRE: Jorge Mario Vergara.
CARGO: Secretario de Salud
TEL/CEL: 3005041116
FIRMA : Jorge Vergara
FECHA: 6 octubre

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 6 **del mes de** oct **del año 2025, en el Municipio de** San Juanito **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	DANIEL GARCIA VIANA	9176702	53	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
2	MARELIS DEL S. GARCIA VIANA	33108400	57	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Marelis Garcia
3	MARTA MAGDALENA VARGAS ANILLO	33109632	64	3008270458	martavargas707@gmail.com	Marta Vargas.
4	CAMILO ANDRES TORRES V ARGAS	1050035717	19	3008270458	martavargas707@gmail.com	
5	DANIEL ALVAREZ ARRIETA	1187465197	12	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	Ingrid Arrieta
6	INGRID JANETH ARRIETA ZABALA	33109803	46	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
7	ESTARLIN JAVIER ORTIZ MARTINEZ	9178401	43	3018235291	ortizestarlin991@gmail.com	ESTHAVIN
8	LUIS FELIPE PASSOS VARGAS	9172623	65	3127084435	claudiapassos75@gmail.com	LUIS PASSO
9	CLAUDIA MARGARITA PASSOS VARGAS	45753738	51	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passos
10	RAFAEL JUNIOR RAMIREZ PASSOS	1050037941	14	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passos.
11	MARIA DE LA CONCEPCION MERCADO TAPIA	33226011	56	3002901276	mariamercadotapia09@gmail.com	mariam
12	ANDRES MAURICIO PEREIRA SOLANO	1002443930	22	3023676845	3023676845denis@gmail.com	ANDRES
13	DENIS MARIA SOLANO CERPA	1050034635	39	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Denis Solano
14	ANELDA MARIA MADERA OSPINO	33107900	58	3126259248	imeldamariamaderaospino@gmail.com	Anelda Madera
15	MICHEL KAROL MADERA OSPINO	1002326836	23	3126259248	imeldamariamaderaospino@gmail.com	

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 6 **del mes de** ak **del año 2025, en el Municipio de**_____**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	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	3044789531	davmar346@gmail.com	Keila Romero
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	3014418726	hecapean@hotmil.com	
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	3014418726	hecapean@hotmil.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	Samir Enrique
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	3023725289	elsapatricavasquezdiaz@gmail.com	ELSA
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	andrea
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	3244566656	yarisnelavalnamuñoz@gmail.com	Yarisnela Viana
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	yuleidis
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	3011515853	jimena24@gmail.com	JIMENA
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	3163769766	jorgeluishf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	3014589802	jimena24@gmail.com	Jimena
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	Francisco
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	3002901276	mariamercadotapia@gmail.com	Mercado

Jorge Mario Vergara.
QUIEN CERTIFICA

Nombre Jorge Mario
Cargo Sec. Salud.
Municipio San Jacinto.
Telefono 3005044716.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1

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 JACINTO **FECHA:** San Jacinto -

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davmar346@gmail.com	Keila Romero
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	Samir Enrique
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsapatricavasquezdiaz@gmail.com	ELSA
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	Andrea
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavainamunoz@gmail.com	Yarisnela Viana
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	Yuleidi
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimena24@gmail.com	Jimena
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeluishf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	Jimena
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	Francisco
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@gmail.com	Mario

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.

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 JACINTO **FECHA:** San jacinto -

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davimar346@gmail.com	
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsapatricavasquezdiaz@gmail.com	
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavainamunoz@gmail.com	
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimena24@gmail.com	
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeluishf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@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

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 JACINTO FECHA: San Jacinto

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	DANIEL GARCIA VIANA	9176702	53	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
2	MARELIS DEL S. GARCIA VIANA	33108400	57	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Marelis Garcia
3	MARTA MAGDALENA VARGAS ANILLO	33109632	64	F							MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	Marta Vargas
4	CAMILO ANDRES TORRES V ARGAS	1050035717	19	M			X				MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
5	DANIEL ALVAREZ ARRIETA	1187465197	12	M			X				MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	Angel Arrieta
6	INGRID JANETH ARRIETA ZABALA	33109803	46	F							MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
7	ESTARLIN JAVIER ORTIZ MARTINEZ	9178401	43	M			X				MUTUAL SER	3018235291	ortizestarlin991@gmail.com	ESTARLIN
8	LUIS FELIPE PASSOS VARGAS	9172623	65	M			X				MUTUAL SER	3127084435	claudiapassos75@gmail.com	LUIS PASSOS
9	CLAUDIA MARGARITA PASSOS VARGAS	45753738	51	F							MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passo
10	RAFAEL JUNIOR RAMIREZ PASSOS	1050037941	14	M			X				MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passo.
11	MARIA DE LA CONCEPCION MERCADO TAPIA	33226011	56	F							MUTUAL SER	3002901276	mariamercadotapia09@gmail.com	Maria
12	ANDRES MAURICIO PEREIRA SOLANO	1002443930	22	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	ANDRES
13	DENIS MARIA SOLANO CERPA	1050034635	39	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Denis Solano
14	ANELDA MARIA MADERA OSPINO	33107900	58	F							MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@gmail.com	ANelda
15	MICHEL KAROL MADERA OSPINO	1002326836	23	F			x				MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@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 Indigenas	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

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 JACINTO FECHA: _____

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davmar346@gmail.com	Keila Romero
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	Samir
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsapatricavasquezdiaz@gmail.com	ELSA
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	Andrea
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavainamunoz@gmail.com	Yarisnela viana
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	yuleidi
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimena24@gmail.com	Jimena
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeluishf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	Jimena
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	Francisco
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@gmail.com	Maria

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

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 3

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 JACINTO FECHA: San Jacinto

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	DANIEL GARCIA VIANA	9176702	53	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
2	MARELIS DEL S. GARCIA VIANA	33108400	57	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Marlis Garcia
3	MARTA MAGDALENA VARGAS ANILLO	33109632	64	F							MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	Marta Vargas
4	CAMILO ANDRES TORRES V ARGAS	1050035717	19	M			X				MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
5	DANIEL ALVAREZ ARRIETA	1187465197	12	M			X				MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
6	INGRID JANETH ARRIETA ZABALA	33109803	46	F							MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
7	ESTARLIN JAVIER ORTIZ MARTINEZ	9178401	43	M			X				MUTUAL SER	3018235291	ortizestarlin991@gmail.com	ESTARLIN
8	LUIS FELIPE PASSOS VARGAS	9172623	65	M			X				MUTUAL SER	3127084435	claudiapassos75@gmail.com	Luis Passo
9	CLAUDIA MARGARITA PASSOS VARGAS	45753738	51	F							MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passo
10	RAFAEL JUNIOR RAMIREZ PASSOS	1050037941	14	M			X				MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passo
11	MARIA DE LA CONCEPCION MERCADO TAPIA	33226011	56	F							MUTUAL SER	3002901276	mariamercadotapia09@gmail.com	
12	ANDRES MAURICIO PEREIRA SOLANO	1002443930	22	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	-ANDRÉS
13	DENIS MARIA SOLANO CERPA	1050034635	39	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Denis Solano
14	ANELDA MARIA MADERA OSPINO	33107900	58	F							MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@gmail.com	Aneldamado
15	MICHEL KAROL MADERA OSPINO	1002326836	23	F			x				MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@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 Indigenas	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

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 JACINTO FECHA: _____

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davmar346@gmail.com	Keila Romero
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	leonardo
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	Samir
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsapatricavasquezdiaz@gmail.com	Elsa
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	Andrea
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavainamunoz@gmail.com	Yarisnela Viana
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	Yuleidi
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimena24@gmail.com	JIMENA
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeluishf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	Jimena
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	Francisco
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@gmail.com	Maria

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

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 JACINTO FECHA: San Jacinto

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	DANIEL GARCIA VIANA	9176702	53	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
2	MARELIS DEL S. GARCIA VIANA	33108400	57	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Marelis García
3	MARTA MAGDALENA VARGAS ANILLO	33109632	64	F							MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
4	CAMILO ANDRES TORRES V ARGAS	1050035717	19	M			X				MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	Marta Vargas
5	DANIEL ALVAREZ ARRIETA	1187465197	12	M			X				MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
6	INGRID JANETH ARRIETA ZABALA	33109803	46	F							MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	Ingrid Arrieta
7	ESTARLIN JAVIER ORTIZ MARTINEZ	9178401	43	M			X				MUTUAL SER	3018235291	ortizestarlin991@gmail.com	ESTARLIN
8	LUIS FELIPE PASSOS VARGAS	9172623	65	M			X				MUTUAL SER	3127084435	claudiapassos75@gmail.com	LUIS PASS
9	CLAUDIA MARGARITA PASSOS VARGAS	45753738	51	F							MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passo
10	RAFAEL JUNIOR RAMIREZ PASSOS	1050037941	14	M			X				MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passo
11	MARIA DE LA CONCEPCION MERCADO TAPIA	33226011	56	F							MUTUAL SER	3002901276	mariamercadotapia09@gmail.com	
12	ANDRES MAURICIO PEREIRA SOLANO	1002443930	22	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	ANDRES
13	DENIS MARIA SOLANO CERPA	1050034635	39	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Denis Solano
14	ANELDA MARIA MADERA OSPINO	33107900	58	F							MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@gmail.com	
15	MICHEL KAROL MADERA OSPINO	1002326836	23	F			x				MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@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

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 JACINTO FECHA: _____

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davmar346@gmail.com	
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsapatricavasquezdiaz@gmail.com	
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavainamunoz@gmail.com	
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimena24@gmail.com	
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeluishf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@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

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 5

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 JACINTO FECHA: San Jacinto

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	DANIEL GARCIA VIANA	9176702	53	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
2	MARELIS DEL S. GARCIA VIANA	33108400	57	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Marelis Garcia
3	MARTA MAGDALENA VARGAS ANILLO	33109632	64	F							MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	Marta Vargas
4	CAMILO ANDRES TORRES V ARGAS	1050035717	19	M			X				MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
5	DANIEL ALVAREZ ARRIETA	1187465197	12	M			X				MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
6	INGRID JANETH ARRIETA ZABALA	33109803	46	F							MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	Ingrid AZ
7	ESTARLIN JAVIER ORTIZ MARTINEZ	9178401	43	M			X				MUTUAL SER	3018235291	ortizestarlin991@gmail.com	-
8	LUIS FELIPE PASSOS VARGAS	9172623	65	M			X				MUTUAL SER	3127084435	claudiapassos75@gmail.com	Luis Rosa
9	CLAUDIA MARGARITA PASSOS VARGAS	45753738	51	F							MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Pasos
10	RAFAEL JUNIOR RAMIREZ PASSOS	1050037941	14	M			X				MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Pasos
11	MARIA DE LA CONCEPCION MERCADO TAPIA	33226011	56	F							MUTUAL SER	3002901276	mariamercadotapia09@gmail.com	
12	ANDRES MAURICIO PEREIRA SOLANO	1002443930	22	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	ANDRES
13	DENIS MARIA SOLANO CERPA	1050034635	39	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Denis Solano
14	ANELDA MARIA MADERA OSPINO	33107900	58	F							MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@gmail.com	Anelda Madera
15	MICHEL KAROL MADERA OSPINO	1002326836	23	F			x				MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@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 Indigenas	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

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 JACINTO FECHA: _____

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davmar346@gmail.com	
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsaoatricavasquezdiaz@gmail.com	
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavainamunoz@gmail.com	
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimena24@gmail.com	
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeluishf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@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

GOBERNACION DE BOLIVAR
SECRETARIA DE SALUD

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

SESION 6

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 JACINTO FECHA: San Jacinto

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	DANIEL GARCIA VIANA	9176702	53	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
2	MARELIS DEL S. GARCIA VIANA	33108400	57	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Marelis Garcia
3	MARTA MAGDALENA VARGAS ANILLO	33109632	64	F							MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	Marta Vargas
4	CAMILO ANDRES TORRES V ARGAS	1050035717	19	M			X				MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
5	DANIEL ALVAREZ ARRIETA	1187465197	12	M			X				MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
6	INGRID JANETH ARRIETA ZABALA	33109803	46	F							MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	Ingrid Arrieta
7	ESTARLIN JAVIER ORTIZ MARTINEZ	9178401	43	M			X				MUTUAL SER	3018235291	ortizestarlin99@gmail.com	-
8	LUIS FELIPE PASSOS VARGAS	9172623	65	M			X				MUTUAL SER	3127084435	claudiapassos75@gmail.com	Luis Rafael Passos
9	CLAUDIA MARGARITA PASSOS VARGAS	45753738	51	F							MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passos
10	RAFAEL JUNIOR RAMIREZ PASSOS	1050037941	14	M			X				MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Rafael Ramirez
11	MARIA DE LA CONCEPCION MERCADO TAPIA	33226011	56	F							MUTUAL SER	3002901276	mariamercadotapia09@gmail.com	
12	ANDRES MAURICIO PEREIRA SOLANO	1002443930	22	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	ANDRES
13	DENIS MARIA SOLANO CERPA	1050034635	39	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Denis Solano
14	ANELDA MARIA MADERA OSPINO	33107900	58	F							MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@gmail.com	Anelda Madera
15	MICHEL KAROL MADERA OSPINO	1002326836	23	F			x				MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 6

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 JACINTO **FECHA:** _____

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davimar346@gmail.com	Keila Romero
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmail.com	Heydy
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmail.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	Samir
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsapatricavasquezdiaz@gmail.com	ELSA
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	Andrea
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavianamonoz@gmail.com	Yarisnela Viana
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	Yuleidi
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimena24@gmail.com	Jimena
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeluish1@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	Jimena
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	Francisco
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@gmail.com	Maria

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

GOBERNACION DE BOLIVAR
SECRETARIA DE SALUD

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

SESION 7

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 JACINTO FECHA: San Jacinto

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	DANIEL GARCIA VIANA	9176702	53	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
2	MARELIS DEL S. GARCIA VIANA	33108400	57	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Marelis Garcia
3	MARTA MAGDALENA VARGAS ANILLO	33109632	64	F							MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	Marta Vargas
4	CAMILO ANDRES TORRES V ARGAS	1050035717	19	M			X				MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
5	DANIEL ALVAREZ ARRIETA	1187465197	12	M			X				MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
6	INGRID JANETH ARRIETA ZABALA	33109803	46	F							MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	Ingrid AZ
7	ESTARLIN JAVIER ORTIZ MARTINEZ	9178401	43	M			X				MUTUAL SER	3018235291	ortizestarlin991@gmail.com	-
8	LUIS FELIPE PASSOS VARGAS	9172623	65	M			X				MUTUAL SER	3127084435	claudiapassos75@gmail.com	Luis Rosa
9	CLAUDIA MARGARITA PASSOS VARGAS	45753738	51	F							MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudio Pass
10	RAFAEL JUNIOR RAMIREZ PASSOS	1050037941	14	M			X				MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Rafael Ramirez Pass
11	MARIA DE LA CONCEPCION MERCADO TAPIA	33226011	56	F							MUTUAL SER	3002901276	mariamercadotapia09@gmail.com	[illegible]
12	ANDRES MAURICIO PEREIRA SOLANO	1002443930	22	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	ANDRES
13	DENIS MARIA SOLANO CERPA	1050034635	39	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Denis Solano
14	ANELDA MARIA MADERA OSPINO	33107900	58	F							MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@gmail.com	Aneldamadera
15	MICHEL KAROL MADERA OSPINO	1002326836	23	F			x				MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@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

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARIA DE SALUD

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

SESION V

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 JACINTO FECHA: _____

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davmar346@gmail.com	Keila Romero
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmail.com	Heydy
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmail.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	Samir Enri
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsapatriciavasquezdiaz@gmail.com	ELSA
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	Andrea
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavianamunoz@gmail.com	Yarisnela Viana
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	Yuleidi
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimena24@gmail.com	JIMENA
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeljshf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	Jimena
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	Francisco
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@gmail.com	Maria

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

GOBERNACION DE BOLIVAR
SECRETARIA DE SALUD

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

SESION 8

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 JACINTO FECHA: San Jacinto

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	DANIEL GARCIA VIANA	9176702	53	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
2	MARELIS DEL S. GARCIA VIANA	33108400	57	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
3	MARTA MAGDALENA VARGAS ANILLO	33109632	64	F							MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
4	CAMILO ANDRES TORRES V ARGAS	1050035717	19	M			X				MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
5	DANIEL ALVAREZ ARRIETA	1187465197	12	M			X				MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
6	INGRID JANETH ARRIETA ZABALA	33109803	46	F							MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
7	ESTARLIN JAVIER ORTIZ MARTINEZ	9178401	43	M			X				MUTUAL SER	3018235291	ortizestarlin991@gmail.com	
8	LUIS FELIPE PASSOS VARGAS	9172623	65	M			X				MUTUAL SER	3127084435	claudiapassos75@gmail.com	
9	CLAUDIA MARGARITA PASSOS VARGAS	45753738	51	F							MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	
10	RAFAEL JUNIOR RAMIREZ PASSOS	1050037941	14	M			X				MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	
11	MARIA DE LA CONCEPCION MERCADO TAPIA	33226011	56	F							MUTUAL SER	3002901276	mariamercadotapia09@gmail.com	
12	ANDRES MAURICIO PEREIRA SOLANO	1002443930	22	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
13	DENIS MARIA SOLANO CERPA	1050034635	39	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
14	ANELDA MARIA MADERA OSPINO	33107900	58	F							MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@gmail.com	
15	MICHEL KAROL MADERA OSPINO	1002326836	23	F			x				MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@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, refugiado 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

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, Arjon San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: SAN JACINTO FECHA: San Jacinto –

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davinar346@gmail.com	
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	becapean@hotmil.com	
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	becapean@hotmil.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsapatricavasquezdiaz@gmail.com	
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreajsanchez0259@gmail.com	
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavianamunoz@gmail.com	
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yulediggarcia@gmail.com	
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimena24@gmail.com	
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeluishf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@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

GOBERNACION DE BOLÍVAR
SECRETARIA DE SALUD

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

SESION 9

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 JACINTO FECHA: San Jacinto

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	DANIEL GARCIA VIANA	9176702	53	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
2	MARELIS DEL S. GARCIA VIANA	33108400	57	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
3	MARTA MAGDALENA VARGAS ANILLO	33109632	64	F							MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
4	CAMILO ANDRES TORRES V ARGAS	1050035717	19	M			X				MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
5	DANIEL ALVAREZ ARRIETA	1187465197	12	M			X				MUTUAL SER	3135678040	ingridjanethjarrietazabala@gmail.com	
6	INGRID JANETH ARRIETA ZABALA	33109803	46	F							MUTUAL SER	3135678040	ingridjanethjarrietazabala@gmail.com	
7	ESTARLIN JAVIER ORTIZ MARTINEZ	9178401	43	M			X				MUTUAL SER	3018235291	ortizestarlin991@gmail.com	
8	LUIS FELIPE PASSOS VARGAS	9172623	65	M			X				MUTUAL SER	3127084435	claudiapassos75@gmail.com	
9	CLAUDIA MARGARITA PASSOS VARGAS	45753738	51	F							MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	
10	RAFAEL JUNIOR RAMIREZ PASSOS	1050037941	14	M			X				MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	
11	MARIA DE LA CONCEPCION MERCADO TAPIA	33226011	56	F							MUTUAL SER	3002901276	mari@mercadotapia09@gmail.com	
12	ANDRES MAURICIO PEREIRA SOLANO	1002443930	22	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
13	DENIS MARIA SOLANO CERPA	1050034635	39	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
14	ANELDA MARIA MADERA OSPINO	33107900	58	F							MUTUAL SER	3126259248	meldamariamaderaospino@gmail.com	
15	MICHEL KAROL MADERA OSPINO	1002326836	23	F			x				MUTUAL SER	3126259248	meldamariamaderaospino@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
SECRETARIA DE SALUD

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

SESION 9

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, Arjon San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: SAN JACINTO FECHA: San Jacinto —

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davimar346@gmail.com	
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsapatricavasquezdiaz@gmail.com	
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavianamunoz@gmail.com	
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimen.24@gmail.com	
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeluishf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@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

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 10

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 JACINTO FECHA: San Jacinto.

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	DANIEL GARCIA VIANA	9176702	53	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	
2	MARELIS DEL S. GARCIA VIANA	33108400	57	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Marelis García
3	MARTA MAGDALENA VARGAS ANILLO	33109632	64	F							MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	Marta Vargas
4	CAMILO ANDRES TORRES V ARGAS	1050035717	19	M			X				MUTUAL SER	3008270458	martavargas707@gmail.com	
5	DANIEL ALVAREZ ARRIETA	1187465197	12	M			X				MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	-Ingrid Arrieta
6	INGRID JANETH ARRIETA ZABALA	33109803	46	F							MUTUAL SER	3135678040	ingridjanetharrietazabala@gmail.com	
7	ESTARLIN JAVIER ORTIZ MARTINEZ	9178401	43	M			X				MUTUAL SER	3018235291	ortizestarlin991@gmail.com	ESTAVIAN
8	LUIS FELIPE PASSOS VARGAS	9172623	65	M			X				MUTUAL SER	3127084435	claudiapassos75@gmail.com	Luis Passos
9	CLAUDIA MARGARITA PASSOS VARGAS	45753738	51	F							MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passo
10	RAFAEL JUNIOR RAMIREZ PASSOS	1050037941	14	M			X				MUTUAL SER	3245750080	claudiapassos75@gmail.com	Claudia Passo
11	MARIA DE LA CONCEPCION MERCADO TAPIA	33226011	56	F							MUTUAL SER	3002901276	mariamercadotapia09@gmail.com	maría mt
12	ANDRES MAURICIO PEREIRA SOLANO	1002443930	22	M			X				MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	-ANDRÉS
13	DENIS MARIA SOLANO CERPA	1050034635	39	F							MUTUAL SER	3023676845	3023676845denis@gmail.com	Denis Solano
14	ANELDA MARIA MADERA OSPINO	33107900	58	F							MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@gmail.com	4 Neldamad4D
15	MICHEL KAROL MADERA OSPINO	1002326836	23	F			x				MUTUAL SER	3126259248	imeldamariamaderaospino@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 10

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 JACINTO **FECHA:** San Jacinto –

N°	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GENERO	ORIENTACION SEXUAL	PCD	SECTORES SOCIALES	GRUPO ETNICO - IDENTIDA	PERSONA GESTANTE Y/O	EAPB	TELEFONO	CORREO	FIRMA
16	KEILA GREGORIA ROMERO REYES	6769151	23	F							MUTUALSER	3044789531	davmar346@gmail.com	Keila Romero
17	HEYDY CATALINA PEREZ ANILLO	1050034297	41	F							MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
18	NATHALIA LOPEZ PEREZ	1052633588	10	F			X				MUTUALSER	3014418726	hecapean@hotmil.com	
19	LEONARDO JAVIER FIGUEROA GARRIDO	1002326513	28	M				X			MUTUALSER	3022552020	leonardofigueroa@gmail.com	
20	MARIA DE LOS REYES MONTES BUELVAS	45646719	62	F							MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	
21	SAMIR ENRIQUE ACEVEDO MONTES	1007139108	28	M			x				MUTUALSER	3107334109	mariamontesbuelvas@gmail.com	Samir Enrique
22	ELSA PATRICIA VASQUEZ DIAZ	1050037305	34	F				X			MUTUALSER	3023725289	elsapatricavasquezdiaz@gmail.com	ELSA
23	ANDREA JUDITH SANCHEZ HERNANDEZ	1050040775	26	F				X			MUTUALSER	3104135520	andreasanchez0299@gmail.com	Andrea
24	YARISNELA VIANA MUÑOZ	1050035644	19	F						X	MUTUALSER	3244566656	yarisnelavainamunoz@gmail.com	Yarisnela Viana
25	YULEIDIS GARCIA MUÑOZ	1050040992	25	F						X	MUTUALSER	3225562278	yuledigarcia@gmail.com	Yuleidi
26	JIMENA MARIA TORRES ORTEGA	1050034559	21	F				X			MUTUALSER	3011515853	jimena24@gmail.com	Jimena
27	JORGE LUIS HERNANDEZ FERNANDEZ	9176216	50	M				X			MUTUALSER	3163769766	jorgeluishf@hotmail.com	
28	MARILUZ ORTEGA CAMARGO	33226269	47	F							MUTUALSER	3014589802	jimena24@gmail.com	Jimena
29	FRANCISCO ANILLO VUELVAS	9177744	45	M				X			MUTUALSER	3006583851	franciscoanillo@gmail.com	Francisco
30	MARIA MERCADO TAPIA	33226604	60	M				X			MUTUALSER	3002901276	mariamercadotapia@gmail.com	Mario

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 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 Jacinto Bolivar. **FECHA:** _____

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	Sindis Yepes Herrado	1050035942	41	F	F			✓			Mutualser	3184568673	sindisyepes9@hotmail.com	
2	Heydy Perez Ahulo	1050034297	41	F	F			✓			Mutualser	3014418726	hecapran@hotmail.com	
3	Maria Mercado	33226011	56	F	F			✓			Mutualser	3002901276	Mariamercado1962@yahoo.com	
4	Margarita Tapia	33107.676	57	F	F			✓			Mutualser	3207947237	Margaritatapia9870@yahoo.com	
5	Rosiris Blanco	33108.423	54	F	F			✓			Mutualser	3013626116	rosiblanco180@yahoo.com	Rosiris Blanco

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

Jorge Vergara.
Secretario de salud.
San Jacinto.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES

FECHA:

MUNICIPIO San Jacinto Bolivar.

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:	**Hora de inicio:**	**Hora de finalización:**
	8:00 am.	3:00 Pm.

ASISTENTES A LA REUNION

NOMBRE: Jorge Mario Vergara.
CARGO: Secretario(a) de Salud o funcionario Encargado

NOMBRE:
CARGO: Secretario de Educación

NOMBRE:
CARGO: Secretario de Gobierno

NOMBRE:
CARGO: Líder de la mesa de victimas

NOMBRE:
CARGO: Representante de los Líderes Etnicos

NOMBRE: Angela García Bello
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 San jacinto a los 6 días del mes de agosto 2025.

N!	Nombres y apellidos	Documento de identidad	Cargo	Población Objeto	Firma
1	Sindis yepes mercado	1050035942	Gestor		
2	Heydy perez	1050034297	Gestor		
3	Maria Mercado	33226011	Gestor		
4	Margarita Tapia	33107676	Gestor		
5	Rosivis Blanco	33108423	Gestor.		

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACION ENTREGA DE MATERIALES

Doctor (a): _JORGE MARIO VERGARA
Secretario (a) de Salud Municipal o su delegado
Municipio de: **SAN AJCINTO BOL.**

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 JACINTO BOL** a los **18** días del mes de **SEPTIEMBRE** de 2025.

Jorge Vergara

QUIEN RECIBE

NOMBRE: JORGE MARIO VERGARA

CARGO: SECRETARIO SALUD

TELEFONO: 3005044116

Arinda María Garcia Cantillo

QUIEN ENTREGA

NOMBRE: ARINDA GARCIA CANTILLO

TELEFONO: 3214193211

ACTA DE CONTINGENCIA

ACTA DE CONTINGENCIA Y AJUSTE AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

A los 18 días del mes de 09 de 2025, durante la ejecución de los talleres, en el municipio de SAN JACINTO, 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 fecha concertada 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: JORGE MARIO VERGARA
Cargo: SECRETARIO DE SALUD
Firma: Jorge Vergara

Por la E.S.E. Hospital Local de Mahates
Nombre: ARINDA MARIA GARCIA CANTILLO
Cargo: PSICOLOGA ESP.
Firma: Arinda María García Cantillo

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de **SAN JACINTO** se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que **MARÍA CAMACHO LARA** identificado(a) con C.C. **1.065.625.586** en su calidad de contratista **PSICOLOGA ESPECIALISTA,** de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha **06 OCTUBRE 2025**, realizando la EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR** y la **ESE HOSPITAL LCOAL MAHATES** para la Prestación de los servicios profesionales y apoyo a la gestión consistentes en 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 para 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

Actividades Desarrolladas en el Municipio:

Sesión	Temática	FECHAS
1	**ETAPA DE SENSIBILIZACION - COMPONENTE DE SALUD**	**22 SEPTIEMBRE 2025**
2	**Diagnóstico Rápido Participativo (DRP), Ejes Temáticos**	**25 SEPTIEMBRE**
3	**Técnicas y Herramientas RBC- Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en persona por parte del individuo y la familia.**	**06 OCTUBRE 2025**

Para mayor constancia se firma en **SAN JACINTO a** los **06** días del mes de **Octubre** de 2025.

Jorge Vergara

QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: JORGE MARIO VERGARA
CARGO: SECRETARIO SALUD
TELEFONO: 3005044116

Maria Camacho Lara

QUIEN EJECUTA

NOMBRE: **MARIA CAMACHO LARA**
TELEFONO: 3053586094

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de **SAN JACINTO** se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que **ARINDA MARIA GARCIA CANTILLO** identificado(a) con C.C. **1.128.044.363**_en su calidad de contratista **PSICOLOGA ESPECIALISTA,** de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha **10 OCTUBRE 2025**, realizando la EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR** y la **ESE HOSPITAL LCOAL MAHATES** para la Prestación de los servicios profesionales y apoyo a la gestión consistentes en 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 para 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

Actividades Desarrolladas en el Municipio:

Sesión	Temática	FECHAS
1	**ETAPA DE SENSIBILIZACION - COMPONENTE DE SALUD**	**22 SEPTIEMBRE 2025**
2	**Diagnóstico Rápido Participativo (DRP), Ejes Temáticos**	**25 SEPTIEMBRE**
3	**Técnicas y Herramientas RBC- Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en persona por parte del individuo y la familia.**	**06 OCTUBRE 2025**

Para mayor constancia se firma en **SAN JACINTO a** los **06** días del mes de **Octubre** de 2025.

Jorge Vergara

QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: JORGE VERGARA
CARGO: SEC SALUD
TELEFONO: 3005044116

Arinda María García Cantillo

QUIEN EJECUTA

NOMBRE: **ARINDA MARIA GARCIA CANTILLO**
TELEFONO: 3214193211

CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En el municipio de San Jacinto, 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 Secretario de Salud Jorge Mario Vergara, 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 García Cantillo CC.No. 1.128044.363 Cgena.

Maira Camacho Lara CC.No. 1.065625586 V/Pan.

_____ CC.No. _____

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

Jorge Vergara

QUIEN CERTIFICA

Nombre Secretario Salud

Cargo San Jacinto

Municipio Contratos

Telefono

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FASE 1 EJECUCION

MUNICIPIO DE SAN JACINTO

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 Jacinto

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 Jacinto.

Nombre (es) y Apellidos: Claudia Paso Vargas Fecha de Nacimiento: 08/06/1974

Edad: 51

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 45753738 de San Jacinto.

Sexo: M _____ F X

Dx/Discapacidad: Visual EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado.

Ocupación: Independiente. Lugar de Residencia: Barrio 8 de diciembre.

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3245750080.

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 Jacinto.

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

Orientaciones:

Promoción de actividades de autocuidado personal.

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 Jacinto.

Nombre (es) y Apellidos: Denis Solano Cerpa Fecha de Nacimiento: 03/11/1985

Edad: 39

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1030034 1635 de San Jacinto.

Sexo: M _____ F X

Dx/Discapacidad: Psicosocial EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado.

Ocupación: Comerciante. Lugar de Residencia: Barrio San Miguel.

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3023676845.

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 Jacinto.

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

Orientaciones:

Actividades de esparcimiento promotoras de la salud mental y física.

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 Jacinto.

Nombre (es) y Apellidos: Carlos Meza Fernandez Fecha de Nacimiento: 06/01/1992
Edad: 53.
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 9173914 de San Jacinto
Sexo: M X F ___
Dx/Discapacidad: Física. EAPB: Mutual Ser.
Régimen: ___
Ocupación: Campesino. Lugar de Residencia: Barrio 8 de diciembre
Nombre del Cuidador (a): ___ Teléfono: 3225230266.
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 Jacinto.

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

Orientaciones:

Actividades de esparcimiento promotoras de la salud mental y física.

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 Jacinto

Nombre (es) y Apellidos: Daniel Caraa Viera Fecha de Nacimiento: 15/09/1972

Edad: 52

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 9176702. de San Jacinto.

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Multiple. EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: N/A. Lugar de Residencia: Barno San Abel.

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3046778238.

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 Jacinto.

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

Orientaciones:

Actividades de esparcimento para el cuidado de la salud mental.

Intervención Realizada Por: Laura Puncón 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 Jacinto

Nombre (es) y Apellidos: Fredy Ecardo Tamara- Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 9170890 de San jacinto

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: psicosocial EAPB: Mi Red Ser

Régimen: _____

Ocupación: Aux. servicios generales. Lugar de Residencia: Barrio Nuevo Santander.

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3135907226

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 jacinto.

3. ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)

Orientaciones:

Orientaciones de cuidado para el cuidador.
Actividades de autocuidado, Fortalecimiento del autoconcepto, acto. de esparcimiento

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 Jacinto

Nombre (es) y Apellidos: Ingrid Arrieta Zabaleta. Fecha de Nacimiento: 01/12/1978

Edad: 46

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 33109803 de San Jacinto.

Sexo: M ___ F X

Dx/Discapacidad: Visual EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: Artesano. Lugar de Residencia: Barrio Nuevo Santander.

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3135678040.

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 Jacinto.

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

Orientaciones:

Estrategias Promotora de autonomia.

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 Jacinto.

Nombre (es) y Apellidos: Sandra Milena Guardo Villa Fecha de Nacimiento: 23/12/1981
Edad: 43
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 33226398 de San Jacinto.
Sexo: M ___ F X
Dx/Discapacidad: Psicosocial EAPB: Mutual Ser.
Régimen: Subsidiado
Ocupación: N/A Lugar de Residencia: Barrio nuevo Santander.
Nombre del Cuidador (a): Fredys Guardo Teléfono: 3135907226.
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 Jacinto.

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

Orientaciones:

Entrenamiento en estrategias de afrontamiento.
Promoción de actividades de autocuidado.

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 Bolivar, 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 Jacinto.

Nombre (es) y Apellidos: Maria de los Reyes Montes Bueluvas Fecha de Nacimiento: 06/01/1957

Edad: 68

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 45646719 de San Jacinto.

Sexo: M _____ F X

Dx/Discapacidad: Visual. EAPB: Mutual Ser.

Régimen: _____

Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: Barno San Miguel.

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3107334102.

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 Jacinto

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

Orientaciones:

Técnicas de guia segura.
Estrategias promotoras de la autonomia.

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 Jacinto.

Nombre (es) y Apellidos: Estarly Ortiz Martinez Fecha de Nacimiento:

Edad: 43

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 9178401 de San Jacinto.

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Física. EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: Oficios varios. Lugar de Residencia: Barrio 8 de diciembre.

Nombre del Cuidador (a): Elvira Martinez Teléfono: 3018233291

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 Jacinto.

3. ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)

Orientaciones:

Intervención en duelo.

Fatalecimiento y actividades de autocuidado.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicólogo.

ESTARLIN ORTIZ

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 Jacinto

Nombre (es) y Apellidos: Camilo Andrés Vargas. Fecha de Nacimiento: _____

Edad: 18

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1050035717 de San Jacinto.

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Múltiple. EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: _____ Lugar de Residencia: Barrio 8 de diciembre.

Nombre del Cuidador (a): Marta Vargas. Teléfono: 3008270458

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 Jacinto.

3. ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)

Orientaciones:

Orientación en técnicas de semaforo corporal.

Técnicas de Higiene del sueño.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón 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: Sandra Milena Guardo Villa.
Tipo documento: CC Número Documento: 33226398
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 23/ 12 / 1981
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3135907226.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Nuevo Santander / San Jacinto.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Fredy Guardo.
Relación/Parentesco con el NNA: padre. Identificación. Tipo documento: CC Número: 9170890 Teléfono / celular: 3135907226
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 atención por neurología.

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: Andrés Mauricio Pereira Solano
Tipo documento: CC Número Documento: 1002493930
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 30 / 10 / 2002
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3023676845.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio San Miguel / San Jacinto.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Dens Solano Cerpa
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: ____ Número: 1050034 1635 Teléfono / celular: 3023676845.
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 atención por neurología, Psicología y Psiquiatría.

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: Luz Maria Ortega Castro.
Tipo documento: CC Número Documento: 1050035799
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3015856322.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Nuevo Santander/ San Jacinto

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Maria Ortega Castro
Relación/Parentesco con el NNA: _____ Identificación. Tipo documento: CC Número: 1050038192 Teléfono / celular: 3015856322
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Institución a la cual se remite: Hubal Ser.

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

Edudad actualizacion de registro de localizacion y caracterizacion de personas con discapacidad.

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: Daniel Garcia Viana
Tipo documento: CC Número Documento: 9176702
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 15 / 09 / 1972
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3046778238
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: San Abel / San Jacinto

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Marely Garcia Viera
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: CC Número: 3046778238 Teléfono / celular: 3318004 00

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

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

Apoyo para movilidad.

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: Carlos Enrique Meza Fernandez
Tipo documento: CC Número Documento: 9175914
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 06 / 01 / 1972
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3225230266 / 3008129568
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio 8 de diciembre San Jacinto.

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: Mi Hogar Ser

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

Dificultades para el acceso médico, consultas en lugar distinto al de su residencia.

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 Nº 14

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

Nombres y Apellidos: Estelyn Ortiz Martinez.
Tipo documento: CC Número Documento: 9178401
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 24 / 02 / 1982.
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 301 823 5291.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio 8 de diciembre - San Jacinto.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Eliana Martinez de Garay
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: ____ Número: ____ Teléfono / celular: 3018235291
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Hotral Ser.

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

Solicitud de apoyo técnico para movilización.

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: Rafael Ramirez Passo
Tipo documento: TI Número Documento: 1050037941
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 22 / 12 / 2010
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3245750080
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio 8 de diciembre – San Jacinto.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Claudia Passo Vargas.
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: ____ Número: 45753938 Teléfono / celular: 3245750080
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 localización y caracterización de personas con discapacidad.

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: Daniel José Alvarez Arrieta
Tipo documento: TI Número Documento: 1187465197
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 15 / 09 / 2013
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3135678040
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Nuevo Santander - San Jacinto.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Ingrid Arrieta Zabala
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: CC Número: 33109803 Teléfono / celular: 3135678040
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 01 / 12 / 1978
Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

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

Solicitud valoración = Bastón blanco.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón 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: Andres Pereira Solano.
Tipo documento: CC Número Documento: 1002443930
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 30 / 10 / 2002
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3623676845
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio San Miguel/ San Jacinto.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Dena Maria Solano
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: ____ Número: 1030634635. 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)

Entrega oportuna de medicamentos

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón 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: Samir Enrique Acevedo Montes.
Tipo documento: CC Número Documento: 1007139108
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 13 / 05 / 1997
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3107339102
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio San Miguel / San Jacinto.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Maria Montes Bulvas.
Relación/Parentesco con el NNA: _____ Identificación. Tipo documento: CC Número: 45646719 Teléfono / celular: 3107334102
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser

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

Ayuda tecnica (bastón blanco).

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega.
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: Carlos Enrique Meza Fernandez

Tipo de documento: CC Número de documento: 9173914 Fecha de Nacimiento: 06/01/1972

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3225230266 - 3008129868

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio 8 de diciembre.

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 [ ] 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: 2do

Ocupación del beneficiario: Campesino

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. 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:

- ○ 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 Ortopedia

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 [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 Hermano

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 2 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 Víctimas
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 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 limitaciones en su movilidad que impacten en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Carlos Meza Fernandez.
No. Cedula: 9175914
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Duncan Ortega
Cédula: 1143418103
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: Denis Solano Carpa.

Tipo de documento: CC Número de documento: 1.102341635 Fecha de Nacimiento: 03/11/1985

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3023676845.

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio San Miguel / San Jacinto.

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: Básica Primaria

Ocupación del beneficiario: Comerciante / Artesana.

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 ☐ 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 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 [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 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 3

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		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

Puede experimentar sobrecarga emocional ante conductas inestables o crisis recurrentes.

VIII. Recomendaciones

Ofrecer acompañamiento psicosocial y estrategias de afrontamiento, promoviendo espacios de autocuidado.

Nombre del beneficiario: Denis Solano.
No. Cedula: 1080 34635
Firma: Denis Solano

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón
Cédula: 1143861603
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: Daniel Garcia Viana

Tipo de documento: CC Número de documento: 9176202 Fecha de Nacimiento: 15/09/1972

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3046778238

Dirección-Municipio/Barrio: San Abel / San Facundo

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 [ ] 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: 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 [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 _____

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 [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [X] 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 [X] Andenes [X] Parques [X] Transporte [X] 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 [X] Hijos [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [X] Quienes Humana

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 Víctimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cual _____

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 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 [X]

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

Asume multiples responsabilidades ante la alta dependanca de la persona.

VIII. Recomendaciones

Articular apoyos interdisciplinarios, promover redes de apoyo

Nombre del beneficiario: Daniel Garcia
No. Cedula: 9176702.
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143863163.
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: Fredy Enrique Cuardo Tamara

Tipo de documento: CC Número de documento: 9170890 Fecha de Nacimiento: 24/07/1947

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3135907226

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Nuevo Santander.

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: Básica Primaria

Ocupación del beneficiario: Auxiliar de servicios generales.

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 Ginecología

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 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 2

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

Es un soporte constante en la estructuración de rutina y el desarrollo de habilidades adaptativas.

VIII. Recomendaciones

Brindar pautas claras de manejo conductual, estrategias de estimulación.

Nombre del beneficiario: Fredy Guardo
No. Cedula: 9170898
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincon Olega.
Cédula: 1143912038
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: Ingrid Arrieta Zabala

Tipo de documento: CC Número de documento: 33109803 Fecha de Nacimiento: 01/12/1978

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3135678040

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Nuevo Santander.

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: Bachiller académico.

Ocupación del beneficiario: Artesana, 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 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 Neurologia

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 [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 6 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 Víctimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

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

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

Brinda apoyo en la orientación, desplazamiento y acceso a la información.

VIII. Recomendaciones

Capacitar al cuidador en técnicas de guia segura.

Nombre del beneficiario: Ingrid Arrieta
No. Cedula: 33109803
Firma: Ingrid Arrieta

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: Sandra Milena Cuardo Villa.

Tipo de documento: CC Número de documento: 33226398 Fecha de Nacimiento: 23/12/1981

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3135907226.

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Nuevo Santander.

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 [ ] 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: 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 [ ] Múltiple [ ] 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 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 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
- Ø Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- Ø 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 Ginecología

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 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: conducta, 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 Víctimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál _____

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

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

Presenta dificultades en la regulación emocional y social.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Sandra Guardo.
No. Cedula: 33226398
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143421203
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: María de los Reyes Montes Bustos

Tipo de documento: CC Número de documento: 45646219 Fecha de Nacimiento: 06/01/1957

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3107334102

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio San Miguel / San Jacinto

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 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 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 [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [X] 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 [X] Andenes [X] Parques [X] Transporte [X] Hospital [ ] Ninguno [ ]

Otros [ ] Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 2

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: _____

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 [X]

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

Brinda apoyo en la orientacuón y desplazamiento.

VIII. Recomendaciones

Capacitar en técnicas de guia segura.

Nombre del beneficiario: María Montes
No. Cedula: 45646719.
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Pinzon
Cédula: 1143421034
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: Estalyn Javer Ortiz Martinez

Tipo de documento: CC Número de documento: 9178401 Fecha de Nacimiento: 24/02/1982

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3018235291

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio 8 de diciembre

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 [ ] 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: 4to 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 [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 ☐ 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 2

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-Cual _____

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

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Estalyn Ortiz Martinez.
No. Cedula: 9137[illegible]01
Firma: ESTALYN ORTIZ

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincon Ortega.
Cédula: 1143[illegible]2023
Firma: Laura Rincon 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 Andres Vargas.

Tipo de documento: CC Número de documento: 1050035717 Fecha de Nacimiento: 06/08/2006

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3006270458

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio 8 de diciembre

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 [ ] 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: 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 [X] Múltiple [X] Sordoceguera [ ] Intelectual [X] 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 _____

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 [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [X] Agua Embotellada [ ] Rio [ ] Pozo [ ]

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

Sala [X] Cuarto [X] Baño [X] Pasillos [X] Calles [X] Andenes [X] Parques [X] Transporte [X] Hospital [X] 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 [X] Hijos [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes _____

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 [X] 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

VII. Observaciones Generales

Presentan varias limitaciones que aumentan su dependencia.

VIII. Recomendaciones

Apoyo Integral, valoración de ayudas técnicas y fortalecimiento de redes de apoyo.

Nombre del beneficiario: Camilo Andrés Vargas.
No. Cedula: 1050035717
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Ramón Ortega
Cédula: 1143417103
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: Andres Mauricio Pereira Solano

Tipo de documento: CC Número de documento: 1002443930 Fecha de Nacimiento: 30/10/2002

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3023676845

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio San Miguel / San Jacinto.

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 [ ] Indígena [ ] 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: Bachiller académico

Ocupación del beneficiario: 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 [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 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 [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 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: _____

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 dificultades en la regulación emocional y social.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Andres Perera.
No. Cedula: 1002443930.
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Alinson Ortega.
Cédula: 1143112103
Firma: Laura Alinson

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: Claudia Passo Vargas

Tipo de documento: CC Número de documento: 45753738 Fecha de Nacimiento: 08/06/1974

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3245750080

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio 8 de diciembre.

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: Bachiller académico.

Ocupación del beneficiario: 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 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 [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 Hermano

Cuántas Personas conforman el hogar 3 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 2

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 / esposo

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

Brinda apoyo en la orientación y acceso a información y desplazamiento.

VIII. Recomendaciones

Capacitar al cuidador en técnicas de guía segura.

Nombre del beneficiario: Claudia Passo Vargas.
No. Cedula: 45753938
Firma: Claudia M. Passo V.

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

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: Martha Vargas Anillo

Tipo de documento: CC Número de documento: 33109632 Fecha de Nacimiento: 01/01/1961

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3005270458

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio 8 de diciembre

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: Básica Primaria

Ocupación del beneficiario: Artesana/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 [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [X] Agua Embotellada [ ] Rio [ ] Pozo [ ]

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

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

Otros [ ] Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes _____

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 Víctimas
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 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 [X] 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

Asume multiples responsabilidades ante la alta dependencia de la persona con discapacidad.

VIII. Recomendaciones

Articular apoyos interdisciplinarios ante la alta dependencia, promover redes de apoyo.

Nombre del beneficiario: Maria Vargas Avila.
No. Cedula: 33109038
Firma: Maria Vargas.

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143412108
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: Daniel José Alvarez Arrieta

Tipo de documento: TI Número de documento: 1187465193 Fecha de Nacimiento: 15/09/2013

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3135678040

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio San Nuevo Santander.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [x] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [ ] Régimen contributivo [x] 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 [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:

- ○ 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 [ ] 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 [ ] Cual _____

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 Hermanos

Cuántas Personas conforman el hogar 6 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 5

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: _____

El beneficiario o 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

Presenta dificultades para desplazarse e interactuar con el entorno.

VIII. Recomendaciones

Facilitar apoyos para el uso de ayudas técnicas. y promoción de la autonomía.

Nombre del beneficiario: Daniel Alvarez Arrieta
No. Cedula: 1067465197
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón 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: Michelle Maclera Ospino

Tipo de documento: TI Número de documento: 1002326816 Fecha de Nacimiento: 30/09/2002

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3126259648

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio San Miguel / San Jacinto

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: 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. 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:

- ○ 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

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 6 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		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 relación emocional y social.

VIII. Recomendaciones

Fomentar apoyos en comunicación y fortalecer su participación en el entorno.

Nombre del beneficiario: Michelle Madera
No. Cedula: 1002326816
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincon 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: Anelda Madera Ospino

Tipo de documento: CC Número de documento: 33107900 Fecha de Nacimiento: 05/07/1966

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3126259248

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio San Miguel

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: Cuarto de primaria

Ocupación del beneficiario: Comerciante / artesana

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 Cardiología

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 6 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: _____

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 cuidado puede experimentar sobrecarga emocional ante conductas inestables o crisis recurrentes.

VIII. Recomendaciones

Ofrecer acompañamiento psicosocial y estrategias de afrontamiento, promoviendo también espacios de autocuidado.

Nombre del beneficiario: Arelda Madera Ospino.
No. Cedula: 33109900
Firma: Arelda madera ospino

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincon Ortega
Cédula: 1143412103
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: Maria Madelys Garcia Viana

Tipo de documento: CC Número de documento: 33[illegible]400 Fecha de Nacimiento: 09/04/1968

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3046778238

Dirección-Municipio/Barrio: San Abel / San Jacinto.

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 ☐ Fisica ☒ 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 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 [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [X] Agua Embotellada [ ] Río [ ] Pozo [ ]

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

Sala [X] Cuarto [X] Baño [X] Pasillos [X] Calles [X] Andenes [X] Parques [X] 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 6 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: _____

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 [X]

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

Desempeña un papel clave en la asistencia diaria, especialmente en tareas que requieren movilidad y esfuerzo físico.

VIII. Recomendaciones

Capacitar al cuidado en movilización segura y uso adecuado de ayudas técnicas.

Nombre del beneficiario: Marely García
No. Cedula: 33160000
Firma: Marely García

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143482803
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: Luz Maria Ortega Castro

Tipo de documento: CC Número de documento: 1050035[illegible] Fecha de Nacimiento: _____

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3015856322

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Nuevo Santander.

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 [ ] 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: 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:

Categoria de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Fisica [ ] Múltiple [X] Sordoceguera [ ] Intelectual [X] 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 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 ☐ 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, Sobrino

Cuántas Personas conforman el hogar 6 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 que aumentan su dependencia.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Liz Maira Ortega Castro.
No. Cedula: 1050035799.
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Marcela Ortega.
Cédula: 1143912103.
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: Yaira Ortega Castro

Tipo de documento: CC Número de documento: 1050038192 Fecha de Nacimiento 08/04/1993

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3015856322

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Nuevo Santander.

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: Casa de familia

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, Sobrino

Cuántas Personas conforman el hogar 6 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: _____

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

Asume multiples responsabilidades ante la alta dependencia de la persona.

VIII. Recomendaciones

Articular apoyos interdisciplinarios, promover redes de apoyo y facilitar formación continua.

Nombre del beneficiario: Marta Ortega Castro.
No. Cedula: 1050039192
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Arcón Ortega
Cédula: 1143412036
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: Samir Enrique Acevedo Montes

Tipo de documento: CC Número de documento: 1007139108 Fecha de Nacimiento: 13/05/1997

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3107334102

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio San Miguel / San Jacinto

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Víctima del conflicto armado [x] 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 [x]

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: desempleado

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:

- ○ 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 [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [X] 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 [X] Andenes [X] Parques [X] Transporte [X] 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 [X] Hijos [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [X] Quienes Humanos

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: _____

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 [X]

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

Limitaciones para desplazarse e interactuar con el entorno.

VIII. Recomendaciones

Facilitar apoyos como el uso de ayudas técnicas.

Nombre del beneficiario: Samir Enrique Acevedo.
No. Cedula: 1007139108.
Firma: Samir Enrique

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Ximena Ortega
Cédula: 1143476103.
Firma: Laura Ximena

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 Ramirez Passo.

Tipo de documento: TI Número de documento: 1050033941 Fecha de Nacimiento: 22/12/2010

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3245750080

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio 8 de diciembre.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [ ] Víctima del conflicto armado [X] 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 [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 [ ] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [X] 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 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 Neuropediatría

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 [ ] 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 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: Padres.

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

Presenta dificultades en la comprensión y ejecución de tareas cotidianas por lo que requiere apoyo constante.

VIII. Recomendaciones

Orientar al cuidador y fortalecer la estimulación e inclusión.

Nombre del beneficiario: Rafael Ramirez Passo.
No. Cedula: 1056637941
Firma: Rafael ramirez

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