GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

MUNICIPIO DE MONTECRISTO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 22-08-25

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	Aura Lora	33297131	67	M	F	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3226930700	NO	Aura Lora
2	Edgardo Anaya	1050429474	30	M	M	HT	6	2	0	No	M.Ser	3136712410	NO	Edgardo Anaya
3	Francisco Jaramillo	98532021	57	M	M	HT	1	2	0	No	M.Ser	3215755718	NO	
4	Juana Mendez	33100544	67	M	F	HT	3	2	0	No	M.Ser	3127344423	NO	Juana
5	Yesica Escobar	1143424715	35	M	F	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3107430836	NO	Yesica Escobar
6	Erisaud Villamizar	PPT5117735	19	H	M	HM	0	2	0	NO	M.Ser	3128788502	NO	
7	Adriana Gonzalez	ppt 3717706	35	F	F	HT	0	2	0	NO	M Ser	3202910499	NO	Adr
8	Naiduth Hercado	1002355803	25	M	F	HT	0	2	0	NO	M Ser	3235034949	NO	Naiduth Hercado
9	José Carvajal	8837036	50	H	F	HT	0	2	0	NO	M Ser	3225086677	NO	José Carvajal
10	Humberto Martinez	9830815	72	H	M	HT	1	2	0	NO	M.Ser	3233422033	NO	Humberto
11	Osmiris Pozo	33297159	50	M	F	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3205149512	NO	Osmiris Pozo
12	Aldair Jimenez	1050429128	31	H	M	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3135261965	NO	Aldair
13	Aida E Barragan	33100675	59	M	F	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3114360164	NO	A+D+B.C
14	Yobber Molina	1050429016	39	H	M	HT	1	2	0	NO	M.Ser	3108314351	NO	
15	Maida Barrios	64582138	99	M	F	HP	3	2	0	NO	M Ser	3204375616	NO	

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: Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 27-08-25

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	Wendy Castro Vanegas	1052954703	19	M	F	H+	6	2	0	NO	M/Ser	3147495424	wendydayana cv2@oregu	NO Firma
2	Yuleimis Castro V	1052954702	19	M	F	H+	6	2	0	NO	M/ser	3147495424	wendydayana cv2@oregu	Yuleimis Castro.
3	Carlos Andres Benavidez	1050426011	21	M	M	H+	1	2	0	NO	M/Ser	3205510521	No Tiene.	CarlosBS
4	Edward Enrique Anaya	1050427871	34	M	M	H+	3	2	0	NO	M/ser	3135355072	no tiene	EdwA
5	Jesus Lara Mejia	1050428329	26	H	M	H+	3	2	0	NO	M/Ser	3217164967	No tiene	NO Firma
6	Maria Danis M	32585823	55	M	F	H+	0	2	0	NO	M/ser	3145769057	No tiene	Maria Jose
7	Juan Julio Golu	7487029	60	H	M	H+	0	2	0	NO	M/ser	3106195408	NO	Julio
8	Rolando Rojas	73242040	47	H	M	H+	0	2	0	NO	M/Ser	3226002740	rolandorojas2605	Rolando Rojas B
9	DAYANA CARRERA	1050429154	30	M	F	H+	0	2	0	NO	M/Ser	3106201834	dayanacarrera	dayanacarrera
10	Yesica Escobar R.	1143424215	35	M	F	H+	0	2	0	NO	M/Ser	3107430836	educacion@montecristo Bolivar.gov.co	Yesica Escobar
11	Karen Escobar	33297570	28	M	F	H+	0	2	0	NO	M Ser	3208637743	NO	
12	Sandra Mendoza	33297570	42	M	F	H+	0	2	0	NO	M.Ser	3235906080	NO	Sandra
13	Gabriel Correa	4545 2486	55	H	M	H+	0	2	0	NO	M.Ser	3105813348	NO	Gabriel
14	Yackeline Duarte	73204773	50	M	F	H+	0	2	0	NO	M.Ser	2215170072	NO	Yackeline Duarte
15	Yeani Jimenez	88311106	42	M	M	H+	0	2	0	NO	M.Ser	3206143641	NO	Jhon M.

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
Discapacidad 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

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 2: Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 22-08-25

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	Correeo Electronico	Firma
1	wendy Castro	1052954703	19	M	F	HT	6	2	0	NO	M Ser	3147955424	wendydayana0.	No Firma
2	yuleimis Castro	1052954702	19	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3147955424	wendydayana0	Yuleimis C.
3	Carlos Bermudez	1050424011	21	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3205510520	NO	Carlos B.S
4	Eduard Anaya	1050427871	34	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3217164967	NO	Edua
5	Jesus la Rat M	1050428329	26	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3145169051	NO	No firma
6	Maria Davila	32585823	55	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3146795408	NO	
7	Juan Carlos	74870228	60	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3226002740	NO	
8	Rolando Rojas	73242045	47	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3102011834	Rolandorojas2605	
9	DAMARIS C	1050429155	20	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3106	NO	
10	yesica Escobar	1143424784	35	M	F	HT	0	2	0	NO	M Ser	3167	NO	
11	Karen Escobar	1143260925	28	M	F	HT	0	2	0	NO	M Ser	3228637743	NO	
12	Sandra Mendoza	33297570	42	M	F	HT	0	2	0	NO	M Ser	3215906	NO	
13	Gabriel Cerrayo	45457266	55	H	M	HT	0	2	0	NO	M/Ser	3103815348	NO	
14	Jackeline Durán	33204773	50	M	F	HT	0	2	0	NO	M/Ser	2215136701	NO	
15	Yanni Jimenez	8031401	42	H	M	HT	0	2	0	NO	M/Ser	2106143642	NO	

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 2: Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 22-08-25

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	Aura Lora	33297131	67	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sor	3216937866	NO	Aura Lora
2	Edgardo Pineto	1050429414	30	H	M	HT	6	2	0	NO	M. Ser	3106791140	NO	Edgardo Pineto
3	Francisco Jeronimo	98532021	57	H	M	HT	1	2	0	NO	M. Ser	3006640731	NO	
4	Juana Mendez	33100544	67	M	F	HT	3	2	0	NO	M. Ser	3101112513	NO	Juana
5	Yesica Escobar	1143424765	35	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3167869144	NO	Yesica Escobar
6	Elisaul Villamizar	PPT5117735	19	H	M	HM	0	2	0	NO	M. Ser	3142901301	NO	
7	Adriana Gonzalez	PPT3717706	35	M	F	HT	1	2	0	NO	M. Ser	3201901498	NO	
8	Naidath Mercado	1002355203	25	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3011647116	NO	Naidath M.
9	Jose carrasco	8831036	50	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3164871309	NO	Jose carrasco
10	Humberto M	8830815	72	H	M	HT	1	2	0	NO	M. Ser	3215121312	NO	
11	Os mirs Re Ser	33297159	50	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3107634148	NO	Osmaris Rojas
12	Aldair Jimenez	1050429124	31	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3172174600	NO	
13	Ardo E Barrios	33100675	59	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Ser	3001111721	NO	
14	Xavier Molina	1050427016	39	H	M	HT	0	2	NO	NO	M. SP	3212174400	NO	Camilo Pinedo
15	Omarra J	64582138	59	M	F	HT	0	2	NO	N.	M. Ser	3017007213	NO	

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 lac
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

LISTADO DE RECIBIDO DE MATERIALES - CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1144 – 2025 – ANEXO N° 14

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

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

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

N°	Nombres y apellidos	N.° de Documento	Edad	Teléfono	Microterritorio	Firma
1	Aura Lora	33297131	57	3226930700	El cerro	Aura Lora
2	Edgardo Anaya	1050429414	30		El cerro	Edgardo Anaya
3	Francisco Jaramillo	98532021	57	3215755718	San Vicente	Francisco
4	Juana Mendoz	33100544	67	3127344423	El cerro	Juana
5	Yesica Escaner	1143624715	35	3107630836	San vicente	Yesica Escaner
6	Elisoul Villamizar	PPT5117735	19	3128788502	villa daniel	
7	Adriana Gonzalez	PPT 371 7706	35	3207910499	villa daniel.	Adri
8	Neidis Mercado	1007355803	25	3235034944	Medellin	Neidis M

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

N°	Nombres y apellidos	N.° de Documento	Edad	Teléfono	Microterritorio	Firma
9	Jose Carbayal	8831036	50	3225086671	Monte Bello	Jose carbayal
10	Humberto Martinez	8830818	72	3233427833	San viante	Humberto
11	OSMIRIS Rojo	33297159	50	3205149512	Monte Bello	OSMIRIS R
12	Aldair Jimenez	1050429128	31	3135261965	inter	Aldair
13	Aida Estela Barrios	33100675	59	3114360164	20 de Julio	AIDA B E
14	Xavier Molina	1050427016	39	3108314351	flor del este	Xavier
15	Omaira Barrios Nuevo	64587138	59	3204375616	Flor del este	Omaira Barrios Nuevos
16	Juan Julio Julio	7487028	60	3205195408	Los Angeles	Julios
17	[illegible]	32515823	555	3145169057	BILLA DANIELA	[illegible]
18	Rolando Rojas B	73242040		322 600 27 40	Villa Daniela	Rolando Rojas B.
19	DAMARIS CARRERA	1050429154	30	3106901834	El inter	DAMARIS CARRERA
20	Karen Escobar Carreño	1143260925	28	3228637743	San viante	Yenica Maria del Rojas
21	Wendy Castro V.	1052454703	19	3147495424	Billanta	[illegible]
22	Yulaimis Castro	1052454702	19	3147495424	Billegrite	Yulaimis C.
23	Sandra Mendoza	33297370	42	3225906080	20 de julio	Sandra
24	Gabriel Carrero	15452786	55	3103215348	20 de Julio	Gabriel
25	Yackelin Duarte	3304723	50	3215130761	NO	Yackelin
26	Yoni Jimenez	88 31101	42	3206143647	Sadviante	Jhonni

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

N°	Nombres y apellidos	N.° de Documento	Edad	Teléfono	Microterritorio	Firma
27	Aldair Jimenez	1050429120	31	3177800931	flor del uke	Aldair Jimenez
28	Yamaite Martinez	33100509	66	3225968080	flor del uke	tomasita
29	Jesus Lara M.	1050418346	26	3145169051	Montebello	no firmo
30	Carlos Bermudez	1050426011	21	3210510210	Sanvicente	carlos B.B

QUIEN CERTIFICA

Nombre: Karen M. Escobar C
Cargo: Secretaria de Salud
Municipio: Montecristo
Telefono: 3228637213

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
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: Montecristo **FECHA:** 23-09-25

HORA:

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	Humberto Martinez D	8830815	72	H	M	H	X	2	0	NO	Mutual)	3225566306	NO	
2	Francisco Doramillo v.	98532021	57	H	M	H	X	2	0	NO	Mutual)	3215755718	NO	
3	David Moreno Garcia	8830348	80	H	M	H	X	2	0	NO	Mutual	3237040005	NO	
4	fabiola Zabaleta A.	33066111	48	M	F	H		2	0	NO	Mutual	3205098186	NO	Fabiola Z
5	Jhony Jimenez Garcia	8831164	46	H	M	H	X	2	0	NO	Mutual	3226143647	NO	Jhonis

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 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: Montecristo **FECHA:** 23-09-25 **HORA:**

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	Humberto Martinez D.	8630815	72	H	M	AJ	X	2	0	NO	Mutual S.	3225566306	NO	
2	Francisco Jaramillo	98532021	57	H	M	HJ	X	2	0	NO	Mutual	3215755718	NO	
3	David Moreno Garcia	8803488	80	H	M	HJ	X	2	0	NO	Mutual	3137046005	NO	
4	Fabiola Zabaleta A	33066IV	48	M	F	AJ		2	0	NO	Mutual	3205098186	NO	Fabiola Z
5	Jhony Jimenez Garcia	8831161	46	H	M	HT	X	2	0	NO	Mutual	3226143617	NO	

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 : Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en personas por parte del individuo y la familia.
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: Montecristo **FECHA:** 23-09-25 **HORA:** ____

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	Wendy Castro	1052954703	19	M	F	H+	0	2	0	NO	M.Ser	3147453429	NO	Wendy Dayana.
2	Yuleimis Castro	1052954702	19	M	F	H+	0	2	0	NO	M. Ser	3147495420	NO	Yuleimis Castro
3	Carlos Camovida	1050426011	21	M	M	H+	0	2	0	NO	M Ser	3205310521	NO	Carlos B. C.
4	Edvad Anaya	1050427871	34	M	H	H+	0	2	0	NO	M. Ser	3212164967	NO	Edva
5	Jesus Lora	1050429329	26	H	M	H+	0	2	0	NO	M. Ser	3145169051	NO	No Firma.
6	Maria Davila	32593823	55	M	F	H+	0	2	0	NO	M. Ser	3146155468	NO	Maria Lora.
7	Juan Galvis	7487028	60	H	M	H+	0	2	0	NO	M. Ser	3226002740	NO	Juan Galvis
8	Ronaldo Rojas	7324[illegible]040	47	H	M	H+	0	2	0	NO	M. Ser	3106201134	Ronaldo Rojas	
9	Dayana C.	1050429 15	30	M	F	H+	0	2	0	NO	M. Ser	3106901634	NO	DAYANA
10	Karla tscobar	114 342 475	28	M	F	H+	0	2	0	NO	M. Ser	3218637743	NO	
11	Sandra Mendoza	33297570	42	M	F	H+	0	2	0	NO	M/Ser	3225908080	NO	Sandra
12	Tomasita Martinez	39100509	66	M	F	H+	2	2	0	NO	M/ser	3225908080	NO	tomasita
13	Gabriel Guerrero	15452286	55	H	M	H+	2	2	0	NO	M/ser	3103815348	NO	Gabriel
14	Yackeline Duarte	33204723	30	M	F	H+	0	2	0	NO	M/Ser	3215302611	NO	Yackeline Duarte
15	Yonni Jimenez	8831101	42	H	M	H+	1	2	0	NO	M/Ser	3206143647	NO	Yonni

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 : Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en personas por parte del individuo y la familia.
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: Montecristo **FECHA:** 23-09-25 **HORA:** ____

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	Aura Lara	33 297131	67	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sen	3226436766	NO	Aura Lara M
2	EDGARDO ARRIETA	1050429414	30	H	M	HT	6	2	0	NO	M. Sen	3156772791	NO	Edgardo Arr
3	Francisco Jesus	9853 2021	57	H	M	HT	1	2	0	NO	M sen	3006640	NO	
4	JUANA MENDEZ	33 100 544	67	M	F	HT	3	2	0	NO	M.Sen	3101112513	NO	J Mendez
5	Yesika Escobar	1143 424715	25	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sen	3167889104	NO	Yesika Lopez
6	ELIZAUI VILLAMIZAR	PPT 5117735	19	H	M	HT	0	2	0	NO	M.Sen	3142901301	NO	
7	Adriana Gonzalez	PPT 3717706	35	M	F	HT	1	2	0	NO	M.Sen	3202901413	NO	
8	Naidut Mercedes	100 235803	25	M	F	HT	0	2	0	NO	M.Sen	3011042116	NO	Naidut M.
9	Jose carvajal	8831036	50	H	M	HT	0	2	0	NO	M.Sen	3164079130	NO	Jose carvajal
10	HUMBERTO M.	8830815	72	H	M	HT	1	2	0	NO	M.Sen	3215171312	NO	
11	Osmiris Mezol	33297159	50	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sen	3707634,00	NO	Osmiris Rezo
12	Aldair Jimenez	1050429121	31	H	M	HT	0	2	0	NO	M.Sen	3172004431	NO	
13	Ada Barragan	33100675	59	M	F	HT	0	2	0	NO	M.Sen	3217174000	NO	Ada B e
14	Xavier Mena	1050427016	39	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Sen	3001111721	NO	
15	Omar B.	64502138	59	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sen	3017007113	NO	

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 : Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en personas por parte del individuo y la familia.
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: Montecristo **FECHA:** 23-09-25 **HORA:** ____

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	Wendy Castro	1052954703	19	M	F	H+	6	2	0	NO	M Ser	3147453	Wendydayana	No Firma.
2	yolimis Castro	1052954703	19	M	F	H+	0	2	0	NO	M.ser	3147495	wendydayana	yolimis Castro
3	Carlos Benavides	1050426011	21	H	M	H+	0	2	0	NO	M Ser	32053105	NO	Carlos B.S.
4	EdvardAnaya	1050427871	34	H	H	H+	0	2	0	NO	M. Ser	3217164987	NO	Edva
5	Jesus Lara M.	1050428328	26	H	M	H+	0	2	0	NO	M Ser	3145169057	NO	No Firma.
6	Mari Davila	32585823	53	M	F	H1	0	2	0	NO	M Ser	3146155409	NO	No Firma.
7	Juan Galvis	7487028	60	H	M	H+	0	2	0	NO	M.Ser	3226027	NO	juangalvis.
8	Ronaldo Rojas	73242040	47	H	M	H+	0	2	0	NO	M Ser	3106	NO	R
9	Dayana Cabrera.	1050429151	30	M	M	H+	0	2	0	NO	M Ser	3107	NO	Dayana
10	Sandra Mendoza	33 297 570	42	M	F	H+	0	2	0	NO	M Ser	3225	NO	Sandra
11	Caren Escobar	1143260925	28	M	F	H+	0	2	0	NO	M. Ser	3229637743	NO	X
12	Romaula Martinez	33100570	66	M	F	H+	2	2	0	NO	M/Ser	3225098	NO	Romaula
13	Gabriel Barrero	15452286	55	H	M	H+	2	2	0	NO	M/Ser	3103815	NO	x Gabriel
14	yackeline Duarte	33204733	00	M	F	H+	0	2	0	NO	M/Ser	3215130261	NO	yackeline Duarte
15	yomi Jimenez	8831101	42	H	M	H+	1	2	0	NO	M/Ser	3706143647	NO	Yomis J

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 : Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en personas por parte del individuo y la familia.
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: Montecristo **FECHA:** 23-09 **HORA:** ____

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	Aura Lora	33297 131	67	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Jer	3126935706	NO	Aura Lora M.
2	Eduardo Arrieta	1050429414	30	H	M	Ht	6	2	0	NO	M.Jer	3158772791	NO	Eduardo Arr
3	Francisco Hernandez	9853 2021	57	H	M	Ht	1	2	0	NO	M.Jer	3006690741	NO	
4	Jenny Mendez	33100544	67	M	F	Ht	3	2	0	NO	M.Jer	3101112513	NO	
5	Yessica Escobar	1143424715	35	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Jer	3167889104	NO	
6	Eliezel Villamizar	ppt 511 7735	19	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Jer	3142901301	NO	
7	Adriana Gongora	ppt 3717706	35	M	F	Ht	1	2	0	NO	M.Jer	3202961413	NO	
8	Naiduth Morelos	1002358 03	25	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Jer	3011042113	NO	Naiduth M
9	Jose Carvajal	8831 036	50	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Jer	3164071301	NO	Jose carvajal
10	Humberto M	8850815	72	H	M	Ht	1	2	0	NO	M.Jer	3215127312	NO	
11	Osiris Meza	33797 159	50	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Jer	3207639188	NO	
12	Aduir Jimenez	1050429121	31	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Jer	3172800431	NO	
13	Aida Barragan	33100 675	59	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Jer	3217174000	NO	
14	Xavier Molina	1050427016	39	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Jer	3001111721	NO	
15	Omar B.	645 62138	59	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Jer	3012002113	NO	

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: REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS.

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 23-09-25

HORA:

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	Wendy Castro	1052 954 703	19	M	f	Ht	6	2	2	NO	M. Jer	3147153424	wendy dayana@h	Wendy Dayana
2	Yorlinis Castro	1052 954 702	19	M	f	Ht	0	2	0	No	M. Jer	3147495424	wendydayana@g.	Yorlinis Castro
3	Carlos Bermudez	1050486011	21	H	M	Ht	0	2	0	NO	M. Jer	3205510121	NO	Carlos B.
4	Eduard Anaya	1050 427 871	34	H	M	Ht	0	2	0	NO	M. Jer	3217164907	NO	Eduard
5	Jesus Leon M.	1050 418 318	26	H	M	Ht	0	2	0	NO	M. Jer	3143169051	NO	NO firma
6	Munir D'Avila	325 858 23	83	M	f	Ht	0	2	0	NO	M. Jer	3146135408	NO	NO firma
7	Juan Galvis	7487028	60	H	M	Ht	0	2	0	NO	M. Jer	3226007740	NO	Juan Galvis
8	Rolando Rojas	732 42040	47	H	M	Ht	0	2	0	NO	M. Jer	3106761834	Rolando@26 25.	
9	Dayana C.	1050 429 1554	30	M	f	Ht	0	2	0	NO	M Jer	3107433036	NO	DAYANA
10	Karen Escobar	1143 260975	28	M	f	Ht	0	2	0	NO	M. Jer	322 863 7743	NO	
11	Sandra Mendoza	33297570	42	M	F	Ht	0	2	0	No	M Ser	3225908080	NO	Sandra
12	Tomasita Martinez	33100509	66	M	F	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3225908080	NO	Tomasita
13	Gabriel Guerrero	15452286	55	H	M	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3103815348	NO	Gabriel Guerrero
14	Yackeline Duarte	33204723	50	M	F	Ht	0	2	0	No	M Ser	3215130261	NO	Yackeline Duarte
15	Yonni Jimenez	8831101	42	H	M	Ht	0	2	0	NO	M/ser	3106436477	NO	

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 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 2: REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS.

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 23-09-25

HORA:

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	Ana Lora	33297131	67	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3226936766	NO	Ana Lora M.
2	Edgardo Arrieta	1050420414	30	H	M	Ht	6	2	0	NO	M.Ser	3156772791	NO	Edgardo Arr.
3	Francisco Jerónimo	9853 2021	57	H	M	Ht	1	2	0	NO	M.Ser	30066 4071	NO	
4	Juana Mendoza	33100544	67	M	f	Ht	3	2	0	NO	M.Ser	3101112513	NO	Juana M.
5	Yessica Escobar	1143424715	35	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3167889104	NO	Yessica Pajaro
6	Elsaul Villamizar	ppt5117755	19	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3142010301	NO	
7	Adriana Gonzalez	ppt3717706	35	M	f	Ht	1	2	0	NO	M.Ser	3202901413	NO	Adri
8	Naiduth Miranda	1002358 03	25	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3011042116	NO	Naiduth M.
9	Jose Carvajal	8831036	50	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3164079130	NO	Jose carvajal
10	Humberto M.	8830815	72	H	M	Ht	1	2	0	NO	M.Ser	3215121312	NO	
11	Osmira Mira	33297159	50	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3207639188	NO	Osmira Mira
12	Aldair Jimenez	1050429121	31	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3172800431	NO	
13	Ana Barrios	33100675	59	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3212174000	NO	
14	Xavier Mestra	1050427016	39	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	300 1111721	NO	
15	Omar B.	04562138	59	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3017002113	NO	

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 1: REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS.

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 23-09-25 **HORA:**

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	Wendy Castro	1052951703	19	M	F	HT	6	2	0	NO	M.Ser	3147453429	wendydayana@	Wendy Dayana
2	Yarlenis Castro	1032954702	19	M	f	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3147495420	wendydayana@	YARLENIS CASTRO
3	Carlos Bermudez	1050426011	21	H	M	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3205310521	NO	Carlos B.S.
4	Edwin Amaya	1050422671	34	H	M	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3212164967	NO	Edwin
5	Juan Lora M.	1050426318	26	H	M	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3214516451	NO	NO firma
6	Maria D'Avila	32585628	53	M	f	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3146155408	NO	Maria Lora
7	Juan Galvis	7487028	60	H	M	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3226002740	NO	Juan Galvis
8	Rolando Rojas	73242040	47	H	M	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3106701183	NO	
9	Dayana C.	1050420151554	30	M	f	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3106901634	NO	Dayana
10	Fiorin Escobar	1143260925	26	M	f	HT	0	2	0	NO	M.Ser	3228637743	NO	
11	Sandra Mendoza	33297570	42	M	F	HT	0	2	0	NO	M/Ser	3225908080	No	Sandra
12	Tomasita Martinez	33100509	66	M	F	HT	2	2	0	NO	Ser	3225908080	NO	Tomasita
13	Gabriel Guerrero	15452286	55	H	M	HT	2	2	0	NO	M/Ser	3103815348	NO	Gabriel
14	Yackeline Duarte	33209723	55	M	F	HT	0	2	0	NO	M/Ser	3215130261	NO	Yackeline Duarte.
15	Yomi Jimenez	8831101	42	H	M	HT	0	2	0	NO	M/Ser	3206143647	NO	YHONIS J

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 1: REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS.

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 23-09-25 **HORA:**

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	Ana Lora	33207131	67	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Sir	3226936766	NO	Ana Lora M.
2	Eduardo Arrieta	1050420414	30	H	M	Ht	6	2	0	NO	M.Sir	3156772791	NO	Eduardo Ana
3	Francisco Jeronimo	98532021	57	H	M	Ht	7	2	0	NO	M.Sir	300 669071	NO	
4	Juana Mindiz	33100544	67	M	f	Ht	3	2	0	NO	M.Sir	3101112513	NO	Juana
5	Yessica Escobar	1143421715	35	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Sir	3167889104	NO	Yessica Lopez
6	Elyarl Villamizar	PPT5117735	19	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Sir	314 290 1301	NO	
7	Adriana Gonzalez	PPT3717706	35	M	f	Ht	1	2	0	NO	M.Sir	3202901413	NO	Ana
8	Naiduth Mendoza	1002358803	25	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Sir	3011047113	NO	Naiduth M.
9	Jose Carvajal	8831036	50	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Sir	3164079130	NO	Jose carvajal
10	Humberto [illegible]	8830815	72	H	M	Ht	1	2	0	NO	M.Sir	3215121312	NO	
11	Usmiris Meza	33207159	50	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Sir	3207634188	NO	Usmiris Meza
12	Abdir Jimenez	1050420121	31	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Sir	3178000431	NO	
13	Aida Berrocal	33100675	59	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Sir	3212124000	NO	Amparo
14	Xavier Muñoz	1050427016	30	H	M	Ht	0	2	0	No	M.Sir	300 1111721	NO	Xavier
15	Omar B	64562138	50	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Sir	3017007113	NO	

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 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 2: CONOCIMIENTOS Y PRACTIVAS DE LAS TECNICAS Y HERRAMIENTAS DE RBC

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 23-09-25

HORA:

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	Windy Castro	1052954703	19	M	f	Ht	6	2	0	NO	M.Ser	314 745 3424	windy Dayana	No firma
2	Yaileris Castro	1032954702	19	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3147495424	[illegible]	Yaileris Castro
3	Carlos Bermudez	1050426011	21	M	M	Ht	0	2	0	NO	M. Ser	320 551021	NO	Carlos B.S
4	Eduard Amaya	1050427871	34	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3217164907	NO	Eduard
5	Jesus Lara M.	1050418328	26	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3145169031	NO	No firma
6	Maria D' Avila	325858 23	53	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3145135408	NO	no firma
7	Juan Galvis	7487 028	60	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3276002740	NO	JuanGalvis
8	Rolando Rojas	73242040	47	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3106201834	NO	[illegible]
9	Dayana C.	1050429 1554	30	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3107435056	NO	DAIANA
10	Fabio Escobar	1143266925	28	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3228637743	NO	[illegible]
11	Sandra Mendoza	33 297570	42	M	F	Ht	0	2	0	NO	M/Ser	3225908080	NO	Sandra
12	Tomasita Martinez	33100509	66	M	F	Ht	2	2	0	NO	M/Ser	3225900080	NO	Tomasita
13	Gabriel Guerrero	15452286	55	H	M	Ht	2	2	0	NO	M/Ser	3103815548	No	Gabriel
14	Yaqueline Duarte	33.204 723	50	M	F	Ht	0	2	0	NO	M/Ser	3215130261	NO	Yaqueline Duarte
15	Yoni Jimenez	8831101	42	H	M	Ht	0	2	0	NO	M/Ser	320614 3647	NO	Yonis J

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: CONOCIMIENTOS Y PRACTIVAS DE LAS TECNICAS Y HERRAMIENTAS DE RBC

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 23-09-25

HORA:

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	Aura Lora	33297131	67	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3216936766	NO	Aura Lora M.
2	Eduardo Arrieta	1050429414	30	H	M	Ht	6	2	0	NO	M.Ser	3156772291	NO	Eduardo Arr
3	Francisco Jaramillo	9853 2021	57	H	M	Ht	1	2	0	NO	M.Ser	3006640711	NO	
4	Juana Mieles	33100544	67	M	F	Ht	3	2	0	NO	M.Ser	3101112513	NO	
5	Yessica Escobar	1143424715	35	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3167889104	NO	
6	Elisavel Cellamigar	ppt 511735	19	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3142901301	NO	
7	Adriana Gonzalez	ppt 3717706	35	M	F	Ht	1	2	0	NO	M.Ser	3207901413	NO	
8	Naiduth Mercedis	100235803	25	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3011042116	NO	Naiduth M.
9	Jose Carvajal	8831036	50	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3164079139	NO	Jose carvajal
10	Humberto M.	8830815	72	H	M	Ht	1	2	0	NO	M.Ser	3215121312	NO	
11	Osmiris Meza	33297159	50	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3207639188	NO	Osmiris Meza
12	Aldair Jimenez	1050429121	31	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3172800431	NO	Aldair
13	Aida Barrazan	33100675	59	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3212174600	NO	
14	Xavier Molina	1050427016	30	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3001111721	NO	
15	Omar B.	645 621 38	59	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3012002113	NO	

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 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 1: CONOCIMIENTOS Y PRACTIVAS DE LAS TECNICAS Y HERRAMIENTAS DE RBC

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 23-09-25 **HORA:**

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	Wendy Castro	1052954703	19	M	F	Ht	6	2	0	NO	M.Ser	3147453424	wendy Dayana@hotmail	NO firma
2	Yoleinis Castro	1032954702	19	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3147495424	wendy Dayana@hotmail	Yoleinis Castro
3	Carlos Bermudez	1050426011	21	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3205510 21	NO	Carlos B.S.
4	Edwin Anaya	1050427871	34	H	M	Ht	0	2	0	No	M.Ser	3207164007	No	Edwin
5	Jesus Lara M.	1050428318	26	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3145690 51	No	NO firma
6	Maria d' Aviles	325858 28	53	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3145135408	No	no firma
7	Juan Galvis	7487028	60	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3216002740	NO	Juan Galvis
8	Rolando Rojas	73242040	47	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3106201834	Rolando@hotmail	
9	Dayana C.	1050429155 4	30	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3107425056	NO	DAYANA
10	Karen Escobar	1143260925	28	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.Ser	3228037743	NO	
11	Sandra Mesoga	33297570	42	M	F	Ht	0	2	0	NO	M/Ser	3225906080	No	Sandra
12	tomacita Martinez	33100509	66	M	F	Ht	2	2	0	No	M/Ser	3225906080	NO	tomasita
13	Gabriel Guerrero	15452286	55	H	M	Ht	0	2	0	NO	M/Ser	3103815348	No	
14	yackeline Duarte	33204723	50	M	F	Ht	0	2	0	NO	M/Ser	3215130761	NO	yackeline Duarte
15	Yoni Jimenez	8631101	42	A	M	Ht	0	2	0	NO	M/Ser	3206443647	NO	YONIS Y

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: CONOCIMIENTOS Y PRACTIVAS DE LAS TECNICAS Y HERRAMIENTAS DE RBC

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 23-09-25 **HORA:**

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	Ana Lora	33297131	67	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Sor	3216936786	NO	Ana Lora M.
2	Eduardo Arrieta	1050429414	30	H	M	Ht	6	2	0	NO	M.Sor	3156772010	NO	Eduardo Arrieta
3	Francisco Jerónimo	98532021	57	H	M	Ht	1	2	0	NO	M.Sor	3006640711	NO	
4	Juana Mendez	33100544	67	M	F	Ht	3	2	0	NO	M.Sor	3101112513	NO	
5	Yessica Escobar	1143424715	35	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Sor	3167889104	NO	
6	Elisaul Villamizar	ppt5117735	19	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Sor	3142901301	NO	
7	Adriana Gonzalez	ppt3717706	35	M	F	Ht	1	2	0	NO	M.Sor	3201901413	NO	
8	Naidath Mercado	1002358103	25	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Sor	3011642116	NO	Naidath M.
9	Jose Carvajal	8831036	50	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Sor	3146079139	NO	Jose Carvajal
10	Humberto M.	8830815	72	H	M	Ht	1	2	0	NO	M.Sor	3215121312	NO	
11	Osmidis Meza	33297159	50	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Sor	3107634188	NO	OSM
12	Aldair Jimenez	1050429120	31	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Sor	3122800931	NO	Aldair
13	Aida Barrueta	33100675	59	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Sor	3202174600	NO	AIDA B C
14	Xavier Mujica	1050427016	39	H	M	Ht	0	2	0	NO	M.Sor	3001111421	NO	
15	Omar B-	64561138	59	M	F	Ht	0	2	0	NO	M.Sor	3002002113	NO	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: Técnicas y Herramientas RBC

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: Montecristo **FECHA:** 28-08-25 **HORA:**

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	Wendy Castro V	1052454703	19	M	F	Ht	6	2	0	NO	M Ser	3147495424	wendydayanacv	NO Firma
2	Yulimis Castro V	1052454702	19	M	F	Ht	6	2	0	NO	M Ser	3147495424	wendydayana.cv	Yulimis C.
3	Carlos Ceravidez	1050426011	21	H	M	Ht	1	2	0	NO	M Ser	3205510521	no	Carlos B.S
4	Edward Araya	1050427871	34	H	M	Ht	3	2	0	NO	M.Ser	3135350072	nO	Edua
5	Jesus Lora Mejia	1050428329	26	H	M	Ht	3	2	0	NO	M Ser	3217164967	nO	No Firma
6	Maria Davila M.	32585823	55	M	F	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3145169057	nO	
7	Julio Galois	7487028	60	H	M	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3105195408	nO	Julio S
8	Rolando Rojas	73242040	47	H	M	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3226002740	Rolando rojas 25.	
9	Dayana Cabera	1050429154	30	M	F	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3106901834	N-o	
10	yerica Escobar	1143424715	35	M	F	Ht	0	2	0	NO	MSer	3107430836		Yerica Escobar
11	Kayer Escobar	1148260925	28	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.ser	3228637743	NO	
12	Sandra Madoya	33297570	42	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.ser	3215906080	NO	Sandra.
13	Gabriel Guerrero	15452286	55	M	M	Ht	0	2	0	NO	M.ser	3103819348	NO	Gabriel
14	Yackelin Duarte	33047823	50	M	f	Ht	0	2	0	NO	M.ser	3215130761	NO	Yackelin
15	Yoani Jimenez	8831101	42	M	M	Ht	0	2	0	NO	M.ser	3206143647	NO	Yoani

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: Técnicas y Herramientas RBC

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: Montecristo **FECHA:** 22-08-25 **HORA:** _____

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	Aura Lora	33797131	57	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sen	3226930700	NO	Aura Lor
2	Edgardo Anaya	1050429414	70	H	M	HT	6	2	0	NO	M. Sen	3136771440	NO	Edgardo Anaya
3	Francisco Jaramillo	98532021	57	H	M	HT	1	2	0	No	M. Sen	3215755718	NO	F Jaramillo
4	Lucero Mendez	33100544	67	M	F	HT	3	2	0	No	M. Sen	3127344475	NO	Lucero
5	Yesica Escobar	1143424715	35	M	F	HT	0	2	0	No	M. Sen	3107130836	NO	Yesica escobar
6	Elisavi Villamizar	PPT511735	19	H	M	HM	0	2	6	No	M. Sen	3128788502	NO	[illegible]
7	Adriana Gonzalez	PPT837706	35	M	F	HT	1	2	0	NO	M. Sen	3207911049	NO	[illegible]
8	Neiduth Mercado	1002355803	25	M	F	HT	0	2	0	No	M Se	3235034944	NO	Neiduth Mercado
9	Jose carvajal	8531036	50	H	F	HT	0	2	0	NO	M. Sen	3225086871	NO	Jose carvajal
10	Humberto Molina	8830815	72	H	M	HT	1	2	0	No	M. Sen	3233422837	NO	Humberto
11	Osmilis Rojo	33297159	50	M	F	HT	0	2	0	No	M. Sen	3205149512	NO	Osmilis Rojo
12	Aldair Jimenez	1050429128	31	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Sen	3135261905	NO	Aldair
13	Aida Estela B	33100675	59	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sen	3114360164	NO	Aida B e
14	Xabier Molino	1050429406	39	H	M	HT	1	2	0	No	M. Sen	3106314351	NO	Xavier
15	Omaida Berrocal	64557138	59	M	F	HT	0	7	0	NO	M. Sen	3206375064	NO	Omaida Berrocal

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Técnicas y Herramientas RBC

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 22-08-25 **HORA:**

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	wendy Castro V	1052954703	19	M	F	Ht	6	2	0	No	MSer	3147495424	wendycdoguiz@	NO Firma
2	yuleimis Castro V	1052454702	19	M	F	Ht	6	2	0	NO	M Ser	3147495424	wendycdoguiz@	Yuleimis C.
3	Carlos Bermudez	1050426011	21	H	M	Ht	1	2	0	NO	M Ser	32055b521	NO	Carlos B. S
4	Edward Anaya	1050427871	34	H	M	Ht	3	2	0	NO	M Ser	3135355072	NO	Edua
5	jesus Lara Mejia	1050428329	26	H	M	Ht	3	2	0	No	M Ser	3217164967	NO	No firma
6	Maria Davila M	32585823	55	M	F	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3145169058	NO	
7	Juan J. Galvis.	7497028	60	H	M	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3105198408	NO	
8	Rolando Rojas	73242040	47	H	M	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3246002740	Rolando rojas 2665	
9	Dayana Cabrera	1050429184	30	M	F	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3106901834	NO	
10	yerica Escobar	1143424715	35	M	F	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3107430836	NO	
11	Karen Escobar C	1143260925	28	M	F	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3208637743	NO	
12	Sandra mendoza	33297570	42	M	f	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3215906080	NO	Sandra
13	Gabriel Correa	15915226	55	H	M	Ht	0	2	0	NO	M. Ser	3103815348	NO	Gabriel
14	Yocfelin Duarte	33204723	56	M	f	Ht	0	2	0	NO	M. Ser	3215130201	NO	Yocfelin Duarte
15	Yonni Jiminez	8831101	42	H	M	Ht	0	2	0	NO	M Ser	3206145642	NO	Yonis Y

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Técnicas y Herramientas RBC

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

MUNICIPIO: Montecristo **FECHA:** 21-08-25 **HORA:** _____

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	Aura Lora	33297031	67	M	F	HT	0	2	0	NI	M. Sor	3226436766	NO	Aura Lora
2	Edgardo Anaya	1050429414	30	H	M	AT	6	2	0	NO	M. Sor	3156777790	NO	Edgardo Anaya
3	Francisco Jaramillo	98532021	57	H	M	HT	1	2	0	NO	M. Sor	30064071	NO	Francisco Jaramillo
4	Juana Mendez	33100544	67	M	F	HT	3	2	0	NO	M. Sor	3101112513	NO	Juana
5	Yesica Escobar	1143424715	35	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sor	3167884104	NO	Yesica escobar
6	Erisoul Villamizar	PPT511735	19	H	M	HM	0	2	0	NO	M. Sor	3147901366	NO	Erisoul
7	Adriana Gonzalez	PPT3717706	35	M	F	HT	7	2	0	NO	M. Sor	3201901413	NO	Adriana M
8	Nataly Marcelo	1002255503	25	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sor	3011042116	NO	Jose Criscelo
9	Jose Carbosel	8831036	50	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Sor	3164071304	NO	Jose Carbosel
10	Humeberto Martinez	8830815	72	H	M	HT	1	2	0	NO	M. Sor	3205421312	NO	Osmaris Rojas
11	Osmaris Rojas	33297159	50	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sor	3107634188	NO	Osmaris Rojas
12	Aldair Jimenez	1050429128	31	H	M	HT	0	2	0	NO	M. Sor	3172800931	NO	A+D+B.C
13	Aydo E Barrera	33100675	59	M	F	HT	0	2	0	NO	M. Sor	3212174600	NO	
14	Xavier Molina	1050427016	39	M	M	HT	0	2	0	NO	M. Sor	3011111721	NO	Yamileth Barrios
15	Omarra Barrios	64582138	59	M	F	H	0	2	0	NO	M. Sor	3012002113	NO	

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

Mahates Bolívar, 23 de Septiembre de 2025.

Doctor (a): Karen M. Escobar C
Secretario (a) de Salud Municipal
Municipio de: Monte Cristo

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 X NO ___
8. Original del presente oficio remisorio.

Atentamente,

Asesor (a) ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES
Nombre: Angelica Mendoza
Teléfono: 320 7341479
Cargo: Profesional Experto RBC.

CERTIFICACIÓN DE RECIBIDO

NOMBRE: Karen M. Escobar
CARGO: Sec. Salud Mpal
TEL/CEL: 322 863 7743
FIRMA :
FECHA: 23 - Sept 2025

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

Mahates Bolívar, 23 de Septiembre de 2025.

Doctor (a): Karen M. Escobar C
Secretario (a) de Salud Municipal
Municipio de: Montecristo

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

Cordial Saludo y Éxitos en sus labores diarias,

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

Adjunto a esta misiva una carpeta con el siguiente contenido:

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

Atentamente,

Asesor (a) ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES
Nombre: Angelica Mendoza C
Teléfono: 3207341479
Cargo: Profesional Experto RBC

CERTIFICACIÓN DE RECIBIDO

NOMBRE: Karen M. Escobar
CARGO: Secretaria de Salud
TEL/CEL: 3228637743
FIRMA :
FECHA: 23 - Sept - 2025

ACTA DE CONTINGENCIA

ACTA DE CONTINGENCIA Y AJUSTE AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

A los 25 días del mes de 08 de 2025, durante la ejecución de los talleres DRP, en el municipio de Montecristo, 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. Esta situación ponía en riesgo la continuidad del proceso formativo y el cumplimiento de los objetivos de la estrategia.

3. Acuerdo de modificación

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

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

4. Alcance del ajuste

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

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

Por la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar
Nombre: Karen M. Escobar C
Cargo: Secretaria de Salud
Firma: _____

Por la E.S.E. Hospital Local de Mahates
Nombre: Angelica Mendoza C
Cargo: Profesional de Apoyo
Firma: _____

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACION ENTREGA DE MATERIALES

Doctor (a): Karin M. Escobar
Secretario (a) de Salud Municipal o su delegado
Municipio de: Montecristo

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 Montecristo a los 23 días del mes de Septiembre de 2025.

QUIEN RECIBE

NOMBRE: Karen M. Escobar
CARGO: Secretaria de Salud
TELEFONO: 312863 7743

QUIEN ENTREGA

NOMBRE: Angélica Mendoza C.
TELEFONO: 320 734 1470

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES

FECHA: 23 de Septiembre - 2025

MUNICIPIO Montecristo

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:
Restaurante Catemaza	8:00 AM	10:00 AM

ASISTENTES A LA REUNION

NOMBRE: Karen Escobar.
CARGO: Secretario(a) de Salud o funcionario Encargado

NOMBRE: Yessica Escobar.
CARGO: Secretario de Educación

NOMBRE: Aldair Jimenez
CARGO: Secretario de Gobierno

NOMBRE: Yackeline Duarte
CARGO: Líder de la mesa de victimas

NOMBRE: Rolando Rojas
CARGO: Representante de los Líderes Etnicos

NOMBRE: Angelica Mendoza
PERFIL PROFESIONAL: Prof. Exp. RBC.
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 Angelica Mendoza C., 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

Hacer Seguimiento a la Politica Publica de discapacidad.
- Acompañar el proceso de certificación
- articular acciones para la poblacion con discapacidad. del municipio

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES

Para mayor constancia se firma en el Municipio de Montecristo a los 23 días del mes de 09. 2025.

N!	Nombres y apellidos	Documento de identidad	Cargo	Población Objeto	Firma
1	Humberto Mh	8830815	comerciante	PCD.	
2	Francisco Jmilla	98532021	Lider C	PC D	
3	David Moreno	8830348	Lider C.	Cuidador	
4	Fabiola Zabalda	33066111	Amadcasa	cuidor.	Fabiola Z
5	Shonny Jimenez	8831161	Agricolor	PC D	Jhonis

Secretaría de Salud

Alcaldía de MONTECRISTO

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Montecristo se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angelica Mendoza C identificado(a) con C.C. 33272456 en su calidad de contratista profesional RBC, de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha 22 del mes de Agosto 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	Tallerista
1	Diagnostico Rapido participativo	
2	Diagnostico Rapido participativo	
1	tecnicas y Herramienta RBC	
2	tecnicas y Herramienta RBC	

Para mayor constancia se firma en Montecristo a los 22 días del mes de Agosto de 2025.

QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: Karen Escobar
CARGO: Secretaria de salud
TELEFONO: 3228637743

QUIEN EJECUTA

NOMBRE: Angelica Mendoza
TELEFONO: 3207341479.

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Montecristo se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angelica Mendoza C. identificado(a) con C.C. 1332724.56 en su calidad de contratista Prof. Experto RBC, de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha 23 del mes de Septiembre 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	Tallerista
1	Redes Sociales y comunitarias	
2	Redes Sociales y Comunitarias	

Para mayor constancia se firma en Montecristo a los 23 días del mes de Septiembre de 2025.

QUIEN CERTIFICA		QUIEN EJECUTA	
NOMBRE:	Karen Escobar	NOMBRE:	Angelica Mendoza
CARGO:	Se. Salud.	TELEFONO:	3207341479
TELEFONO:	3228637743		

Secretaría de Salud

Alcaldía de MONTECRISTO

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Montecristo se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angélica Pomito Rodriguez identificado(a) con C.C. 1051830476 en su calidad de contratista Profesional en Salud, de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha 23 del mes de Septiembre 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	Tallerista
1	Conocimiento Sobre la Condición de la Salud y el fun	
	Cionamiento en personas por parte del individuo y la f.	
2.	Conocimiento Sobre la Condición de la Salud y el funcio-	
	Cionamiento en personas por parte del individuo y la f.	

Para mayor constancia se firma en Montecristo a los 23 días del mes de Septiembre de 2025.

QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: Karen M. Escobar
CARGO: Secretaria de Salud
TELEFONO: 3207341479

Angélica Pomito R.

QUIEN EJECUTA

NOMBRE: Angélica Pomito R.
TELEFONO: 3135524672

Secretaría de Salud

Alcaldía de MONTECRISTO

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Montecristo se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angelica Mendoza Castillar identificado(a) con C.C. 33272456 en su calidad de contratista Profesional Experto RBC de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha 23 del mes de Septiembre. 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	Tallerista
1	Conocimiento y Practico de los Tecnicos y Heramienta	
2	Conocimiento y Practico de los Tecnicos y Heramienta RBC.	

Para mayor constancia se firma en Montecristo a los 23 días del mes de Septiembre de 2025.

QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: Karen Escobar
CARGO: Sec. Salud
TELEFONO: 3228637743

QUIEN EJECUTA

NOMBRE: Angelica Mendoza
TELEFONO: 3207341479

CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En el municipio de Montecristo, 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 Karen M. Escobar Moreno, 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:

Angelica Mendoza CC.No. 33272456

Angelica Romero CC.No. 1051830076

_____ CC.No. _____

Para mayor constancia se firma en Montecristo a los 23 días del mes de Septiembre de 2025.

QUIEN CERTIFICA

Nombre Karo M. Escobar C.
Cargo Secretaria de Salud
Municipio Montecristo
Telefono 3228637743

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FASE 1 EJECUCION

MUNICIPIO DE MONTECRISTO

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 MONTECRISTO

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 Bolivar. ANEXO TECNICO N° 14

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

Nombres y Apellidos: Guillermo Manuel Castro

Tipo documento: CC Número Documento: 19 789 329

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 28 / 08 / 73

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3108463417

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Los Laureles/ montecito

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
N/A

Relación/Parentesco con el NNA: N/A Identificación. Tipo documento: ____ Número: NA Teléfono / celular: ____

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____

Institución a la cual se remite: N/A

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No presenta barreras en los servicios de la salud

Nombre del funcionario que remite: Angela Ruiz

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: manuel francisco Simanca castro

Tipo documento: CC Número Documento: 4 012 469

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 01 / 01 / 1950

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 312 734 44 23

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: _____

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Juana Mendez Romero

Relación/Parentesco con el NNA: Hermana Identificación. Tipo documento: CC Número: 33 100 544 Teléfono / celular: _____

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 02 / 03 / 54

Institución a la cual se remite: Montel Sur

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

Demora entrega de medicamentos

Nombre del funcionario que remite: Aycbin Romero P.

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: Aura Lora mejia

Tipo documento: CC Número Documento: 33 293 713

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 07 / 07 / 68

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 322 6930400

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: 20 de julio / mandeiba

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
NA

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

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____

Institución a la cual se remite: NA

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No puede hablar en el acceso a la salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Ruta T.

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: Edwar Arroyo Lara

Tipo documento: ____ Número Documento: 1030427871

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 01 / 11 / 90

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 313 535 5072

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: 20 de Julio / centro

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador: N/A

Relación/Parentesco con el NNA: N/A Identificación. Tipo documento: ____ Número: N/A Teléfono / celular: NA

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / NA / ____

Institución a la cual se remite: N/A

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
Demoras en la atención

Nombre del funcionario que remite: Angelica Luna B

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: Elmis Esther Arroyo Lora

Tipo documento: CC Número Documento: 1050426132

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 15 / 10 / 86

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3226491418

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Silencio / montecito

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador: N/A

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

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ___ / NA / _____

Institución a la cual se remite: NA

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No presenta barreras en los servicios de la salud

Nombre del funcionario que remite: Angela Ruiz Z

Firma: Angela

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: Devinson Salgado Pineda

Tipo documento: CC Número Documento: 1043436715

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 08 / 05 / 2021

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3148621137

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: _____

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Yolis Cabrera Crespo

Relación/Parentesco con el NNA: Esposa Identificación. Tipo documento: CC Número: 1030476634 Teléfono / celular: 3122176079

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): NA / NA / _____

Institución a la cual se remite: N/A

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No pueden hablar en los Servicios de Salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Ruiz P.

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: Yorfrei Sotelo Reza

Tipo documento: T.I Número Documento: 1050 428 526

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 30 / 08 / 2010

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 310 514 9512

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: monkebullo / montecristo

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:

Osiris Reza Rudelo

Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: CC Número: 33 192 159 Teléfono / celular: 310 514 9312

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____

Institución a la cual se remite: N/A

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

No puede hacerlo en los servicios de la salud

Nombre del funcionario que remite: Angelis Ramos D.

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 Miero territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO N° 14

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

Nombres y Apellidos: Alejandro Conrejal Cortela

Tipo documento: CC Número Documento: 92 543 046

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 01 / 05 / 84

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 322 508 6671

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: montelibano montelibano

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:

Jose Manuel Carvajal Cortes

Relación/Parentesco con el NNA: Hermano Identificación. Tipo documento: CC Número: 8631036 Teléfono / celular: 322 508 6671

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): N/A / N/A / N/A

Institución a la cual se remite: N/A

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

No presenta barreras en el acceso a la salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria Ramos

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: Esther milena caldron

Tipo documento: CC Número Documento: 33708843

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 07 / 12 / 63

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3223034949

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: montelibano / montelibano

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Esther milena calder Heidith mercado

Relación/Parentesco con el NNA: Hija Identificación. Tipo documento: CC Número: 1002335 Teléfono / celular: 322 503 4949

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 14 / 06 / 25

Institución a la cual se remite: N/A

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

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria A.

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 Nº 14

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

Nombres y Apellidos: Aidu Erazo Lopez

Tipo documento: CC Número Documento: 23 115 365

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 4 / 04 / 70

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 310 547 2616

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: B. manchuria/montiño

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:

Luis Eduardo Guerrero Erazo

Relación/Parentesco con el NNA: Hijo Identificación. Tipo documento: CC Número: 1050426067 Teléfono / celular:

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 14 / 06 / 25

Institución a la cual se remite:

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

No x prueba hearing en los servicios de salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Ruth P.

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: Martin maria Barrios Nuñez Zabaleta

Tipo documento: CC Número Documento: 928 679

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 11 / 11 / 33

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3104373616

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Flu del Sur

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:

Brenda Barrios Nuñez Gutierrez

Relación/Parentesco con el NNA: Hijos Identificación. Tipo documento: CC Número: 84582138 Teléfono / celular: 3204375616

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): N/A / N/A / N/A

Institución a la cual se remite: N/A

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No puede hablar en la atención en salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Ramos P.

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

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

Nombres y Apellidos: Xavier molina Gutierrez
Tipo documento: CC Número Documento: 1030 427 016
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 12 / 09 / 85
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 310 765 0171
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: frente del este / montecristo

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Sayuri Cotes molina
Relación/Parentesco con el NNA: prima Identificación. Tipo documento: CC Número: 1030 429 089 Teléfono / celular: 3207650171
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 14 / 06 / 25
Institución a la cual se remite: N/A

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No puesto hospital para el acceso a los servicios de salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Ramos
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: Maria Cristina Venegas molina

Tipo documento: C.C Número Documento: 1052934703

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 29 / 09 / 2005

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3147495424

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: _____

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Wendy Dayana Castro Venegas

Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: CC Número: 1032934703 Teléfono / celular: _____

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 14 / 06 / 25

Institución a la cual se remite: Centro Ser

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
Los servicios de psicología, fonoaudiología, no brindan en un lugar distinto a su residencia Centro Ser

Nombre del funcionario que remite: Angelica Rueda P.

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: Yaneth ramos Lora

Tipo documento: T.I Número Documento: 1050 429 353

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 13 / 10 / 2012

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3116912586

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Villa Daniela

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:

Yerima Esther Lora Herrera

Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: CC Número: 1113355043 Teléfono / celular:

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 14 / 06 / 25

Institución a la cual se remite: NIA

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No presenta barreras en el acceso de salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Ramos P.

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: Adriana Navarro

Tipo documento: CC Número Documento: 3211706

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 22 / 04 / 90

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3107911049

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: villa daniela / montecristo

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:

Adriana Manuel Navarro

Relación/Parentesco con el NNA: N/A Identificación. Tipo documento: CC Número: 3211706 Teléfono / celular:

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): N/A / N/A / N/A

Institución a la cual se remite: N/A

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

No puede hablar en los servicios de salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Ramos P.

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: Aru Isabel Ramirez Silva

Tipo documento: CC Número Documento: 33100796

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 19 / 01 / 73

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 302 2036307

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Villa Daniela / Montecristo

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Cindy Paola Bonilla Ramirez

Relación/Parentesco con el NNA: _____ Identificación. Tipo documento: CC Número: 1.002356399 Teléfono / celular: 302703 6307

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 14 / 06 / 25

Institución a la cual se remite: Mutual

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
Dejó de recibir las terapias porque le toca viajar a Cuando para recibirlas. No las dan los viernes. (mutual)

Nombre del funcionario que remite: Angelica Bonilla.

Firma: Angelica P

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 Bolivar. ANEXO TECNICO N° 14

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

Nombres y Apellidos: Anibal Bravo miranda

Tipo documento: CC Número Documento: 10937437

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 20 / 01 / 57

Datos de contacto, Teléfono / Celular: NO

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: villa Jenidy / montecristo

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Jhoanten prado Silva

Relación/Parentesco con el NNA: Hijo Identificación. Tipo documento: CC Número: 1002356662 Teléfono / celular: NO

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): NA / N/A / N/A

Institución a la cual se remite: N/A

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No puede hablar en los Servicios de salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Bustos

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: Jefferson Consuegra Barrios Nuevo

Tipo documento: CC Número Documento: 1002336034

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 11 / 09 / 95

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 313 690 2093

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Villa Daniela / Mont.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:

Yuri Consuegra Barrios Nuevo

Relación/Parentesco con el NNA: Hermana Identificación. Tipo documento: CC Número: 1002 356 053 Teléfono / celular: 313 690 7993

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____

Institución a la cual se remite: ____

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

problemas con la entrega de sus medicamentos

Nombre del funcionario que remite: Ayda B. de la P.

Firma: Ayda

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: Montecristo

Nombre (es) y Apellidos: Ada Enzo Lopez Fecha de Nacimiento: 4-09-70

Edad: 54

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 27115365 de montecristo

Sexo: M _____ F X

Dx/Discapacidad: Física EAPB: mutual sur

Régimen: S

Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: montecristo

Nombre del Cuidador (a): Ada H. Teléfono: 3215131832

Fecha de Elaboración: 14-06-25

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: Montecristo

3. ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)

Orientaciones:

- Habitos de vida saludables
- Cultura adecuada de emociones
- Potalecimiento de red familiar

Intervención Realizada Por: Angelica Ruiz T. Cargo: P.U

Ada Enzo

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: Montecristo

Nombre (es) y Apellidos: Omaida del Carmen Barrios Nuñez Fecha de Nacimiento: 18-12-06

Edad: 60

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 64382138 de montecristo

Sexo: M ___ F X

Dx/Discapacidad: física EAPB: mutual

Régimen: S

Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: Vda del cole / montecristo

Nombre del Cuidador (a): Orcilia Ramos Teléfono: 3204975616

Fecha de Elaboración: 14-06-25

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: montecristo

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

Orientaciones:

- Habitos de vida saludable
- Gestion de emociones
- Fortalecimiento de redes

Intervención Realizada Por: Angelica Sanchez Cargo: P.U

Omaida Barrios

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: Montecristo

Nombre (es) y Apellidos: Xavier Molina Gutierrez Fecha de Nacimiento: 17-09-85

Edad: 39

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1050422016 de montecristo

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: M EAPB: mutual

Régimen: S

Ocupación: N/A Lugar de Residencia: flor del este / montecristo

Nombre del Cuidador (a): Sayuris Castellar Teléfono: 3202650171

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: Montecristo

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

Orientaciones:

- Fortalecer redes de apoyo
- Gestion de emociones
- Habitos saludables

Intervención Realizada Por: Angelica Rentería Cargo: P.U

XAVIER M

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: Montecristo

Nombre (es) y Apellidos: María Cristina Venegas molina Fecha de Nacimiento: 16-07-87

Edad: 37

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1052749134 24 de montecristo

Sexo: M_____ F X

Dx/Discapacidad: psicosocial EAPB: mutual ser

Régimen: S

Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: plaza del cabl montecristo

Nombre del Cuidador (a): Martha Venegas Teléfono: 3147493474

Fecha de Elaboración: 14-06-25

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: Montecristo

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

Orientaciones:

- Habitos de vida saludable
- Gestion autocuido de emociones
- fortalecimiento de redes

Intervención Realizada Por: Angelica Rueda T. Cargo: P.U

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: Montecristo

Nombre (es) y Apellidos: Yarima Lara Herrera Fecha de Nacimiento: 10-09-83
Edad: 39
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1131355043 de Montecristo
Sexo: M_____ F X
Dx/Discapacidad: Visual EAPB: mutual ser
Régimen: S
Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: Villa Daniela / montecristo
Nombre del Cuidador (a): Yarima Lara Teléfono: 317 691 7136
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: Montecristo

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

Orientaciones:

- Hábitos saludables
- Gestión emocional
- Red de apoyo

Intervención Realizada Por: Brigitte Monte Z. Cargo: PU

Yarima Lara
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: montecristo

Nombre (es) y Apellidos: Adriana maydel Navarro Fecha de Nacimiento: 22-04-90

Edad: 35

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 37177206 de montecristo

Sexo: M ___ F X

Dx/Discapacidad: multiple EAPB: mutual

Régimen: S

Ocupación: N/A Lugar de Residencia: villa daniela / montecristo

Nombre del Cuidador (a): Adriana Teléfono: 3201491040 09

Fecha de Elaboración: 14-06-25

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: montecristo

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

Orientaciones:

- Habitos saludables
- Cuidado de cuidadores
- fortalecimiento de redes

Intervención Realizada Por: Angelina Benitez P. Cargo: P.U

NO firma

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: Montecristo

Nombre (es) y Apellidos: Ana Isabel Pamin Situa Fecha de Nacimiento: 19-01-73

Edad: 53

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 33100 796 de montecristo

Sexo: M _____ F X

Dx/Discapacidad: física EAPB: mutual

Régimen: S

Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: villa Daniela/ montecristo

Nombre del Cuidador (a): Cindy Berrio Teléfono: 302 203 6307

Fecha de Elaboración: 19-06-25

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: montecristo

3. ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)

Orientaciones:

- Mejorar hábitos de vida
- Fortalecer red de apoyo
- Gestión emocional

Intervención Realizada Por: Angelica Barrio Cargo: PU

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: montecristo

Nombre (es) y Apellidos: Anibal Bleyo miranda Fecha de Nacimiento: 20-01-37
Edad: 57
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 10937437 de Montecristo
Sexo: M X F ___
Dx/Discapacidad: física EAPB: mutual
Régimen: S
Ocupación: NA Lugar de Residencia: Villa dorada / mont.
Nombre del Cuidador (a): Jhonatan prado Teléfono: NO
Fecha de Elaboración: 14-06-25

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: Montecristo

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

Orientaciones:

- Mejorar hábitos de salud
- Gestión adecuada de emociones
- Fortalecer redes de apoyo

Intervención Realizada Por: Angela Rentería Cargo: P.U

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: montecristo

Nombre (es) y Apellidos: Jefferson Camargo Bonilla Nuevo Fecha de Nacimiento: 11-09-93

Edad: 30

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1002336034 de Montecristo

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Multiple EAPB: Mutual Ser

Régimen: S

Ocupación: N/A Lugar de Residencia: Villa daniela/ Mont.

Nombre del Cuidador (a): Yuri Camargo Teléfono: 313 6402993

Fecha de Elaboración: 14-06-25

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: Montecristo

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

Orientaciones:

- Crear habitos de vida saludable
- Gestión adecuada de emociones
- Fortalecer redes de apoyo

Intervención Realizada Por: Angelica Ramos T. Cargo: PIV

No firma

Firma e identificación de la persona entrevistada

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: Jefferson Camargo Barrios Nuevo

Tipo de documento: CC Número de documento: 1002356054 Fecha de Nacimiento: 11-09-95

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3136902993

Dirección-Municipio/Barrio: Villa daniela / montecristo

Fecha de diligenciamiento: 19-06-25

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: 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. X Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. X El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. X 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. X 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. X 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. X Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por si mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

X Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente

O Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo

O Requiere Terapia y/o Rehabilitación

O Requiere atención en salud actualmente

O Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente

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

X Recibe atención en salud actualmente

O 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 N/A

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: N/A

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 N/A

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 [ ] Agua Embotellada [ ] Río [ ] Pozo [ ]

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

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

Otros [ ] Cuales N/A

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Hermana, hijos, esposo

Cuántas Personas conforman el hogar 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo N/A

Ocupación de los miembros del hogar: Hogar, estudiante

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 N/A

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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		N/A
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		N/A
Tener dificultad para relajarse.		N/A
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		N/A
Enfadarse o irritarse con facilidad.		N/A
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		N/A
Poco interés o placer en hacer las cosas.		N/A
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		N/A
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		N/A
Sentirse cansado o con poca energía		N/A
Falta de apetito o comer en exceso		N/A
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		N/A

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?		
¿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?		
¿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?		

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- presenta Cataracta de diferencial
- Cuenta Con apoyo para las Act
- Asiste a los Controles de Salud

VIII. Recomendaciones

No se presentan recomendaciones

Nombre del beneficiario: Jefferson Camargo Barrios Nuevo
No. Cedula: 100 7356 034
Firma: No firma

Profesional ESE Hospital de Mahates

Nombre: Angelica Rincon T.
Cédula: 1051 630 076
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: Anibal Bravo miranda

Tipo de documento: CC Número de documento: 10937437 Fecha de Nacimiento: 20-01-57

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: ____

Dirección-Municipio/Barrio: Villa Daniela/ monteria to

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

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: Sin estudio

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. X 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. X 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:

- O Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- O Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- O Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- O Requiere atención en salud actualmente
- O Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ✓ 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 N/A

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: N/A

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 N/A

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] Alcantarillado [X] 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 [ ] 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 Escalones

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Hijo

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

Ocupación de los miembros del hogar: Oficios Varios

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. [X] 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 N/A

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. [X] Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál NO

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		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

- tiene certificado de discapacidad
- Cambio con apoyo para las Actividades
- Asiste a los Controles de salud

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los Controles médicos para mejorar el estado de salud

Nombre del beneficiario: Anibal Bravo
No. Cedula: 1893+437
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Ramirez
Cédula: 1051300026
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: Manuel David Moreno Garcia

Tipo de documento: CC Número de documento: 8830348 Fecha de Nacimiento: 10-12-45

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3233046005

Dirección-Municipio/Barrio: Villa Daniela / montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

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: Sexto

Ocupación del beneficiario: Carpintería

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

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: N/A

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 N/A

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

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: Manuel moreno García

Tipo documento: CC Número Documento: 8830348

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 10 / 12 / 95

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3229206005

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Villa Daniela/ montecristo

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
María Isabel moreno Chamorro

Relación/Parentesco con el NNA: Hija Identificación. Tipo documento: CC Número: 1040380027 Teléfono / celular:

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 14 / 06 / 25

Institución a la cual se remite: N/A

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No se pueden bañar en los servicios de salud

Nombre del funcionario que remite: Angelis Bonilla.

Firma:

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] 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 N/A

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 [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes Upoya

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

Ocupación de los miembros del hogar: Ama de casa

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. [X] 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 N/A

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

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 NO

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		NO
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		NO
Tener dificultad para relajarse.		NO
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?		
¿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

- tiene Certificado de discapacidad
- Cuenta Con apoyo para las Act
- Asiste a los controles médicos

VIII. Recomendaciones

Asistir a los controles medicos para mejorar el estado de salud

Nombre del beneficiario: Manuel David Moreno Garcia
No. Cedula: 88 30348
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Ramos P.
Cédula: 1051870046
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: Ana Isabel Ramirez Silva

Tipo de documento: CC Número de documento: 33100796 Fecha de Nacimiento: 19-01-73

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3022036307

Dirección-Municipio/Barrio: Villa Daniela / Montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

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: Tercero

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 [X] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [ ] Psicosocial [ ]

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. 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:

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

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?		
¿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

- tiene Certificado de discapacidad
- Cuenta con apoyo para las Avd
- Asistir a controles medicos

VIII. Recomendaciones

Asistir a los controles medicos para mejorar el estado de salud

Nombre del beneficiario: Ana Isabel Ramirez Silva
No. Cedula: 33100796
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Daychin Ramos J.
Cédula: 1051830076
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: Adriana Mojica Novoa

Tipo de documento: CC Número de documento: 3717706 Fecha de Nacimiento: 27-04-90

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3209910949

Dirección-Municipio/Barrio: Villa Denis 14

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál N/A

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: Universitario

Ocupación del beneficiario: Enfermera

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:**

- [x] 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
- [x] Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- [x] Recibe atención en salud actualmente
- [x] 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 NO

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: NO

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 NO

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] 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 [ ] Agua Embotellada [ ] Río [ ] Pozo [ ]

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

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

Otros [ ] Cuales NO

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) [ ] Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos [X] 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: Estudiante, Comerciante

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

X 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 NO

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: N/A

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos

X 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 NO

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		N/A
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		N/A
Tener dificultad para relajarse.		N/A
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		N/A
Enfadarse o irritarse con facilidad.		N/A
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		N/A
Poco interés o placer en hacer las cosas.		N/A
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		N/A
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		N/A
Sentirse cansado o con poca energía		N/A
Falta de apetito o comer en exceso		N/A
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		N/A

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

- tiene certificado de discapacidad
- Cuenta con apoyo para las AVD
- Asiste a los controles medicos

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los controles medicos para mejorar el estado de salud

Nombre del beneficiario: Adriana Gonzalez Navarez
No. Cedula: 3717706
Firma: X

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Anyelin Hernandez P.
Cédula: 1051870036
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: Yarimar Esther Lora Herrera

Tipo de documento: CC Número de documento: 1131355043 Fecha de Nacimiento: 10-09-85

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3116912586

Dirección-Municipio/Barrio: Villa Daniela

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

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: 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. X 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. X 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 NO

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: NO

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 NO

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] Alcantarillado [X] 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 [ ] 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 Escalones

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 NO

Cuántas Personas conforman el hogar 8 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 6

Ocupación de los miembros del hogar: Oficio / Estudiantes

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. [X] 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 NO

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: NO DA

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 NO

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: S [ ] 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		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

- Tiene certificado de discapacidad
- Cuenta con apoyo para las AVD
- Asiste a los servicios de salud

VIII. Recomendaciones

- No se presenta recomendaciones

Nombre del beneficiario: Yarima Esther Lara Herrera
No. Cedula: 1131355043.
Firma: Yarima Lara

Profesional ESE Hospital de Mahates:

Nombre: Dayelin Pantoja P.
Cédula: 1047870076
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: Nelsa Cristina Urrego Molina

Tipo de documento: CC Número de documento: 1052 953 507 Fecha de Nacimiento: 16-07-1987

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3147949424

Dirección-Municipio/Barrio: Flor del sur / Montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál VIA

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: Tecnica

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☒ No ☐

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

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. X 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. X 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. X 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. X 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:

- X Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- O Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- O Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- O Requiere atención en salud actualmente
- X Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- O Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- X Recibe atención en salud actualmente
- X 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 NO

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] Le 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: NO

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 [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] Alcantarillado [X] 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 [ ] 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 [X]

Otros [ ] Cuales NO

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Hermano

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

Ocupación de los miembros del hogar: Labores Varias

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 NO

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 NO

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		N/A
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		N/A
Tener dificultad para relajarse.		N/A
Estar tan inquieto que le resulte dificilestar sentado/a quieto/a.		N/A
Enfadarse o irritarse con facilidad.		N/A
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		N/A
Poco interés o placer en hacer las cosas.		N/A
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		N/A
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		N/A
Sentirse cansado o con poca energía		N/A
Falta de apetito o comer en exceso		N/A
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		N/A

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

- tiene Cobertura de discapacidad
- Cuenta con apoyo para las AVD
- Asistir a las citas medicas

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los controles médicos para mejorar el estado de salud

Nombre del beneficario María Cristina Vanegas Molina
No. Cedula: 1052953507
Firma: María Cristina Vanegas Molina

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelina Ronchez
Cédula: 1051830076
Firma: Angelina

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: XAVIER MOlina Gutierrez

Tipo de documento: CC Número de documento: 1050427016 Fecha de Nacimiento: 17-09-85

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3207650171

Dirección-Municipio/Barrio: Fte. del cste / Montecristo

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 [ ]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Trabajo duro

Ocupación del beneficiario: Septimo

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 [X] 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. X 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. X 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. X Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. X 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 NO

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: NO

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 NO

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

Otros [ ] Cuales NO

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 primos

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo NO

Ocupación de los miembros del hogar: Ama de casa

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana [Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Víctimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál NO

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

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 NO

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	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?		
¿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

- tiene Enfermedad de discapacidad
- Cuenta con apoyo para las Act

VIII. Recomendaciones

- Asistir a las Consultas medicas para mantener un buen estado de salud

Nombre del beneficiario: Xavier Molina
No. Cedula: 1050427516
Firma: XAVIER M

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Ramos B.
Cédula: 1001830076
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: Oneida del Carmen Barrios Munoz Gutierrez

Tipo de documento: CC Número de documento: 64562736 Fecha de Nacimiento: 18-12-1966

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3204375616

Dirección-Municipio/Barrio: Cra 2da calle 7 Montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál NO

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: Auxiliar de enfermeria

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. 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 NO

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: NO

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 NO

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] 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 [X]

Otros [ ] Cuales ND

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 Hermano

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 2 Cuantas personas tiene a cargo 2

Ocupación de los miembros del hogar: Ama de casa

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario 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. [X] Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál NO

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		
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?	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)?		
¿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

- tiene Culpabilidad discapacidad
- Cambio Con apoyo para los Adv

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los servicios medicos para mantener un buen estado de Salud

Nombre del beneficiario: Oneida Barios Bueno
No. Cedula: 64582188
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Ruiz P.
Cédula: 1051820026
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: Aidin Diago Lopez

Tipo de documento: CC Número de documento: 27 115 365 Fecha de Nacimiento: 4-09-20

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 321 513 1852 - 3105477616

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio montebello / montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

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: Segundo de primaria

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

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

Categoría de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [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. X 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. X 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. X 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 NO

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] La familia [ ] CNG [ ] 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. [X] Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: NO

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 NO

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] 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 [ ] 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 pelo y entrada

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Niño

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 2 Cuantas personas tiene a cargo 2

Ocupación de los miembros del hogar: Oficio (oficio)

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. [X] 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 NO

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

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 NO

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?		N/A
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		N/A
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		N/A
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		N/A
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		N/A
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		N/A
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		N/A

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- tiene Certificado de discapacidad
- Cuenta con apoyo para las ADV.

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los Controles médicos para mejorar el estado de salud

Nombre del beneficiario: aida Enaso Lopez
No. Cedula: 27415365
Firma: aida Enaso

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Magdalena Santos P.
Cédula: 1037610016
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: Ma. Ruth mercado mindez

Tipo de documento: PC Número de documento: 1002355803 Fecha de Nacimiento: 15-03-2003

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 322 503 49 49

Dirección-Municipio/Barrio: monte bello / motecristo

Fecha de diligenciamiento: 14.06-25

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: Sin bachillerato

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☒

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

- [x] 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
- [x] Recibe atención en salud actualmente
- [x] 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 NO

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: NO

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 NO

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] 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 [ ] Agua Embotellada [ ] Rio [ ] Pozo [ ]

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

Sala [ ] Cuarto [ ] Baño [X] Pasillos [X] Calles [X] 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 [X] Hijos [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes Madre y hermano

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo NO

Ocupación de los miembros del hogar: Hogar / Estudio

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 NO

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de 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, Cual NO

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		
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?	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

- tiene antojado de discapacidad
- cambiar apoyo para los Aud

VIII. Recomendaciones

Asistir a los controles medicos para mejorar el estado de salud

Nombre del beneficiario Naiduth Marcado Mendez
No. Cedula: 1002355803
Firma: Naiduth

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Ayelin [illegible]
Cédula: 1[illegible]076
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: Abelardo de Jesus Coronel Urueta

Tipo de documento: CC Número de documento: 92543046 Fecha de Nacimiento: 01-05-84

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3225086671

Dirección-Municipio/Barrio: montebello / montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál NO

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: Quinto de primaria

Ocupación del beneficiario: NO

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 [X] 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 NO

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: NO

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 NO

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] 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 [ ] Agua Embotellada [ ] Río [ ] Pozo [ ]

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

Sala [ ] Cuarto [x] Baño [x] Pasillos [ ] Calles [ ] Anderes [ ] Parques [ ] Transporte [ ] Hospital [ ] Ninguno [ ]

Otros [ ] Cuales NO

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 Hermano

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

Ocupación de los miembros del hogar: Ninguno (joven)

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. [x] 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 NO

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál NO

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?		NA
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		NA
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		NA
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		N/A
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		NA
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		NA
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		N/A

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Tiene certificado de discapacidad
- Cuenta con apoyo para las ADV

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los servicios en salud para mejorar su condición

Nombre del beneficiario: Abelardo Cervantes Ochoa
No. Cedula: 92 543 046
Firma: Abelardo

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angela Ruiz P.
Cédula: 1051 910 016
Firma: Angela

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: Ramiro Rizo Rudelo

Tipo de documento: CC Número de documento: 33297159 Fecha de Nacimiento: 30-03-1925

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3205149512

Dirección-Municipio/Barrio: montebello/montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál NO

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: Sin estudios

Ocupación del beneficiario: Amo 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 NO

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: NO

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 NO

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] 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 [ ] 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 NO

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 [X] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 8 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 1

Ocupación de los miembros del hogar: Jornalero

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 NO

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		N/A
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		N/A
Tener dificultad para relajarse.		N/A
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		N/A
Enfadarse o irritarse con facilidad.		N/A
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		N/A
Poco interés o placer en hacer las cosas.		N/A
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		N/A
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		N/A
Sentirse cansado o con poca energía		N/A
Falta de apetito o comer en exceso		N/A
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		N/A

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

- Hace Caminando de discapacidad
- Cuenta Con apoyo para las Avd

VIII. Recomendaciones

- Asista a los servicios de salud

Nombre del beneficiario: x Osmiris Reza Rodelo
No. Cedula: 33297159
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Ruiz R.
Cédula: 1047810076
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: Yeili Patricia Cabrera Carpas

Tipo de documento: CC Número de documento: 1050426634 Fecha de Nacimiento: 04-11-1986

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3122176079

Dirección-Municipio/Barrio: 11 Silencio / Montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

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: Ama de casa

Ocupación del beneficiario: Técnico

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:

- [x] 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
- [x] Recibe atención en salud actualmente
- [x] 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 NO

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: NO

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 NO

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [x] Energía Eléctrica [x] Gas Natural [ ] 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 [ ] 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 [ ] Parques [ ] Transporte [ ] Hospital [ ] Ninguno [ ]

Otros [ ] Cuales patio

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 6 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 4

Ocupación de los miembros del hogar: Estudiantes

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

X 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 NO

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál NO

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	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

- tiene certificado de discapacidad
- cuenta con apoyo para las Act

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los controles medicos para mantener un buen estado de Salud

Nombre del beneficiario Yeliris P. Cabrera Carpa
No. Cedula: 1050426639
Firma: Yeliris Cabrera Carpa

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelina de Jesus P.
Cédula: 1221830076
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: Francisco Javier Jaramillo

Tipo de documento: CC Número de documento: 98592021 Fecha de Nacimiento: 03-02-68

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 321 595 5718

Dirección-Municipio/Barrio: 12) Angelo / montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

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: Tercero de primaria

Ocupación del beneficiario: oficio) (oficio)

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

Categoria de discapacidad:

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

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

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: Francisco Javier Jaramillo

Tipo documento: CC Número Documento: 98532021

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 03 / 01 / 68

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3215735718

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Los Angeles / Montecristo

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador: N/A

Relación/Parentesco con el NNA: N/A Identificación. Tipo documento: ____ Número: N/A Teléfono / celular: NA

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): NA / NA / NA

Institución a la cual se remite: N/A

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

No puede bañarse en el hecho a los servicios de salud

Nombre del funcionario que remite: Angelin Ramirez

Firma:

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. X 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. X 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 NO

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: NO

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 NO

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] 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 [X]

Otros [ ] Cuales NO

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes NO

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 2 Cuantas personas tiene a cargo 2

Ocupación de los miembros del hogar: Estudiantes, ama de casa

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro Cuál NO

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: NO

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 NO

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?		N/A
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		N/A
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		N/A
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		N/A
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		N/A
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		N/A
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		N/A

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- tiene Certificado de discapacidad
- Cuenta con apoyo para las Arol

VIII. Recomendaciones

- Asista a las citas medicas para mantener una buena condición en Salud

Nombre del beneficiario: [illegible]
No. Cedula: 98.552.721
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates
Nombre: Angela Ramos R
Cédula: [illegible]
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: Elexis Esther Anaya Lora

Tipo de documento: CC Número de documento: 1050426152 Fecha de Nacimiento: 15-10-86

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3226914114

Dirección-Municipio/Barrio: Silencio / Montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál NO

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: Sexto

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 [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 oidos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál NO

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: NO

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 NO

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [X] Apartamento [ ] Habitación [ ] Albergue [ ] Mejora [ ] Otra [ ] Cuál NO

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Pago diario [ ] Invasión [ ] Posada [ ] Albergue [ ] Otra, Cuál NO

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] 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 NO

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 Hija

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

Ocupación de los miembros del hogar: Estudiante

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 NO

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: NO

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 NO

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?		N/A
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		N/A
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		N/A
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		N/A
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		N/A
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		N/A
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		N/A

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Ficha Caracterización de discapacidad
- Cuenta con apoyo para las AVD

VIII. Recomendaciones

- Asistir a las citas medicas para mejorar las condiciones de salud

Nombre del beneficiario: Elenis Esther Anaya
No. Cedula: 1050426152
Firma: No firmo

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Zarate P.
Cédula: 1.237.010.716
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: Eduar Anaya

Tipo de documento: CC Número de documento: 1030427871 Fecha de Nacimiento: 01-11-90

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3135355072

Dirección-Municipio/Barrio: 20 de Julio/ montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

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: Quinto de primaria

Ocupación del beneficiario: Comerciante

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. X 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. X 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
- X 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 NO

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: NO

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 NO

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] 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 NO

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 y mamá

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

Ocupación de los miembros del hogar: Ama de casa

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Víctimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál NO

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: NO

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 NO

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?		N/A
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		N/A
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		N/A
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		N/A
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		N/A
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		N/A
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		N/A

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- tiene certificado de discapacidad
- cuenta con poder de apoyo

VIII. Recomendaciones

Asistir a las citas medicas para mejorar el estado de salud

Nombre del beneficiario: Edwara Goya Lora
No. Cedula: 1030427871
Firma: no firma

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Maria P.
Cédula: 1047430026
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: Aura Lorena Mejia

Tipo de documento: CC Número de documento: 33297131 Fecha de Nacimiento: 07-07-68

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3226930700

Dirección-Municipio/Barrio: 20 de Julio / montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál NO

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: Décimo

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. X 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. X 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:

- X Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- O Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- O Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- O Requiere atención en salud actualmente
- O Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- O Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- X Recibe atención en salud actualmente
- X 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 NO

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: NO

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 NO

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] 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 [ ] 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 NO

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 y mamá

Cuántas Personas conforman el hogar 3 Cuantas tienen discapacidad 2 Cuantas personas tiene a cargo NO

Ocupación de los miembros del hogar: Comerciante

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de Victimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál NO

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: NO

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 N I A

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		N/A
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		N/A
Tener dificultad para relajarse.		N/A
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		N/A
Enfadarse o irritarse con facilidad.		N/A
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		N/A
Poco interés o placer en hacer las cosas.		N/A
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		N/A
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		N/A
Sentirse cansado o con poca energía		N/A
Falta de apetito o comer en exceso		N/A
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		N/A

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?		
¿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

- Cuenta con apoyo para los AVD
- Asista a sus controles médicos

VIII. Recomendaciones

Asistir a los servicios médicos para mantener un buen estado de Salud

Nombre del beneficiario: Aura Lora mejia
No. Cedula: 33297131
Firma: Aura Rosa Lora Mejia

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Kerth J.
Cédula: 1037604076
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: Juana Mendoza Romero

Tipo de documento: CC Número de documento: 33100544 Fecha de Nacimiento: 2-03-54

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3127344423

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio el Carmen / Montecristo

Fecha de diligenciamiento: 11-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál NO

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: Segundo de primaria

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☒ No ☐

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

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Olfato-Gusto-Tacto
5. Voz y Habla
6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital, urinario, reproductivo
9. X 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. X 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:

- X Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- O Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- O Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- O Requiere atención en salud actualmente
- O Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- X Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- O Recibe atención en salud actualmente
- X 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 NO

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps [X] La familia [ ] CNG [ ] 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: NO

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 Demora entrega de drogas

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] 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 [ ] 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 NO

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 Niño)

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 2

Ocupación de los miembros del hogar: oficio) Oficio)

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. [X] 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 NO

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. Reuriones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuriones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál NO

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		N/A
Preocuparse demasiado por diferentes cosas		N/A
Tener dificultad para relajarse.		N/A
Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a.		N/A
Enfadarse o irritarse con facilidad.		N/A
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		N/A
Poco interés o placer en hacer las cosas.		N/A
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		N/A
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		N/A
Sentirse cansado o con poca energía		N/A
Falta de apetito o comer en exceso		N/A
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		N/A

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

- tiene Certificado de discapacidad
- tiene persona de apoyo para las AVD
- Acude a consultas ordinarias

VIII. Recomendaciones

- Asistir a la Consulta de Salud

Nombre del beneficiario: Juana Mendez Bonilla
No. Cedula: 33100344
Firma: Juana Mendez

Profesional ESE Hospital de Mahates
Nombre: Angelica Ruiz P.
Cédula: 1047430076
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: Wilberto Manuel Castro

Tipo de documento: CC Número de documento: 19789519 Fecha de Nacimiento: 28-08-73

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3108407717

Dirección-Municipio/Barrio: Los laureles / Montecristo

Fecha de diligenciamiento: 14-06-25

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: NO

Ocupación del beneficiario: Vendedor

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 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. X 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. X Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. X Alimentarse, asearse, vestirse por si mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

- O Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente
- O Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo
- O Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- O Requiere atención en salud actualmente
- O Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- O Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- X Recibe atención en salud actualmente
- O 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 No

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: ND

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 ND

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] 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 NO

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 Madre

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

Ocupación de los miembros del hogar: Vendedor

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. [X] 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 NO

Persona en quien más se apoya para el desarrollo de la vida cotidiana: NO

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 NO

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?		N/A
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		N/A
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		N/A
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		N/A
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		N/A
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		N/A
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		NA

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Tiene Certificado de discapacidad
- Tiene apoyo para los AVD

VIII. Recomendaciones

- Asistir a las valoraciones medicas para mejorar el Estado de salud

Nombre del beneficiario: Gilberto Navarro
No. Cedula: 1789 579
Firma: Gilberto

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Acosta M
Cédula: 1023836036
Firma: