GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

# EJECUCION FASE 2

# Línea de Promoción

# Desarrollo de capacidades.

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

# MUNICIPIO DE ARJONA

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

Mahates Bolívar, 3 de octubre de 2025.

**Doctor (a):** Carmen Carreño Marrugo
**Secretario (a) de Salud Municipal**
Municipio de: Arjona

**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,

Aida Cano

**Asesor (a) ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**
Nombre: Aida Cano.
Teléfono: 305 3566054
Cargo: Ese Hospital Local asesor

**CERTIFICACIÓN DE RECIBIDO**

NOMBRE: Yuanis Ortega Beltrán
CARGO: Profesional univ. Grado 1
TEL/CEL: 3005605797
FIRMA :
FECHA: 3-octubre 2025.

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 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: Arjona – 11 Sept.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALE | GRUPO ETNICO - IDENTIDA | PERSONA GESTANTE Y/O | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3216868462/3136629275 | yeseniaurtado7@gmail.com | Yesenia |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3005605797 | vianey101511@gmail.com | |
| 3 | YULI PAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3156507762 | yulipuello08@gmail.com | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3007053262 | danymolinag10@gmail.com | Sareth Molina |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3126885795 | yumadihe@hotmail.com | |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3017332995 | kell-j@hotmail.com | Kelly Pajaro |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3138257152 | ypuelloa22@gmail.com | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3006628737 | coordinadorgenero@arjona-bolivar.gov.co | Jeniffer Diaz N. |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Veronica |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Milagro |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3045562197 | yolimatorres @gmail.com | Yolima Torres |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3007647163 | yajairadiazhernandez@gmail.com | Yajaira Diaz |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | M | | | | | | | NUEVA EPS | 3106686814 | eduardoutria2018@gmail.com | |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3107177073 | pedroysandra1123@gmail.com | Jorge L. Caicedo |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3117414375 | pedroysandra1123@gmail.com | |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

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** DRD

**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:** Arjona — 12 Sept

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3145788752 | pedroysandra1123@gmail.com | Pedro |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3053727764 | rosaespejohernandez@gmail.com | Rosa E |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3148515571 | edelmiranavarro@gmail.com | Edelmira N |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3107176621 | mariachamorrojeremy@gmail.com | Maria Ch |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3103630358 | zulidien28@hotmail.com | Luz Neidi |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3013392726 | dabeesca94@gmail.com | Daniela |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3004565374 | mathiaskarim0209@hotmail.com | Karine |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 45654378 | 72 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3242059141 | cabarcascastroyuleisi@gmail.com | Betilda C |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3137462210 | shirlypao@gmail.com | Shirlys Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3218110026 | kettysuarez065@gmail.com | Ketty Suarez |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3003793905 | oliercanoles1@gmail.com | Adonis Olier |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043696506 | becyzunigamaruugo@gmail.com | Bercy |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3217619600 | mariaferiahernandez26@gmail.com | Maria Ferias |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | M | | | | | | | SURA EPS | 3017849740 | marticasgo.29@gmail.com | Yoni B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3001316926 | josedanielencristo@gmail.com | Jose - C |

| 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**

DRP

**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:** Arjona 125pl

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALE | GRUPO ETNICO - IDENTIDA | PERSONA GESTANTE Y/O | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3216868462/3136629275 | yeseniaurtado7@gmail.com | Yesenia |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3005605797 | vianey101511@gmail.com | |
| 3 | YULYPAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3156507762 | yulipuello08@gmail.com | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3007053262 | danymolinag10@gmail.com | Sareth Molina |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3126885795 | yumadihe@hotmail.com | |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3017332995 | kell-j@hotmail.com | Kelly |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3138257152 | ypuelloa22@gmail.com | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3006628737 | coordinadorgenero@arjona-bolivar.gov.co | Jenifer Diaz N |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Veronica |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Milagro |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3045562197 | yolimatorres @gmail.com | Yolima Torres |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3007647163 | yajairadiazhernandez@gmail.com | Yajaira Diaz |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | M | | | | | | | NUEVA EPS | 3106686814 | eduardoutria2018@gmail.com | Eduardo |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3107177073 | pedroysandra1123@gmail.com | Jorge Caicedo |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3117414375 | pedroysandra1123@gmail.com | Sandra |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

**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:** Arjona — 12 Sept

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3145788752 | pedroysandra1123@gmail.com | Pedro |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3053727764 | rosaespejohernandez@gmail.com | RosaE |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3148515571 | edelmiranavarro@gmail.com | Edelmira Navarro |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3107176621 | mariachamorrojeremy@gmail.com | Maria Ch |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3103630358 | zulidien28@hotmail.com | Luz Neidis |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3013392726 | dabeesca94@gmail.com | Daniela |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3004565374 | mathiaskarim0209@hotmail.com | Karine |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 45654378 | 72 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3242059141 | cabarcascastroyuleisi@gmail.com | Betilda C |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3137462210 | shirlypao@gmail.com | Shirlys Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3218110026 | kettysuarez065@gmail.com | Ketty Suarez |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3003793905 | oliercanoles1@gmail.com | Adonis Olier |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043696506 | becyzunigamaruugo@gmail.com | Bercy |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3217619600 | mariaferiahernandez26@gmail.com | María Ferias |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | M | | | | | | | SURA EPS | 3017849740 | marticasgo.29@gmail.com | Yonis B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3001316926 | josedanielencristo@gmail.com | Jose B |

| 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 :** 3 **Técnicas y Herramientas RBC**

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

**MUNICIPIO:** Arjona 20-Sept

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALE | GRUPO ETNICO - IDENTIDA | PERSONA GESTANTE Y/O | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3216868462/3136629275 | yeseniaurtado7@gmail.com | Yesenia |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3005605797 | vianey101511@gmail.com | |
| 3 | YULI PAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3156507762 | yulipuello08@gmail.com | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3007053262 | danymolinag10@gmail.com | |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3126885795 | yumadihe@hotmail.com | |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3017332995 | kell-j@hotmail.com | |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3138257152 | ypuelloa22@gmail.com | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3006628737 | coordinadorgenero@arjona-bolivar.gov.co | |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3045562197 | yolimatorres @gmail.com | |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3007647163 | yajairadiazhernandez@gmail.com | |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | M | | | | | | | NUEVA EPS | 3106686814 | eduardoutria2018@gmail.com | |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3107177073 | pedroysandra1123@gmail.com | |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3117414375 | pedroysandra1123@gmail.com | |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION:** 3 **Técnicas y Herramientas RBC**

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

**MUNICIPIO:** Arjona 20 Sept.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3145788752 | pedroysandra1123@gmail.com | Pedro |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3053727764 | rosaespejohernandez@gmail.com | Rosa E |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3148515571 | edelmiranavarro@gmail.com | Edelmira |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3107176621 | mariachamorrojeremy@gmail.com | Maria Ch |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3103630358 | zulidien28@hotmail.com | Luz Neidi |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3013392726 | dabeesca94@gmail.com | Daniela |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3004565374 | mathiaskarim0209@hotmail.com | Karine |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 45654378 | 72 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3242059141 | cabarcascastroyuleisi@gmail.com | Betilda C. |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3137462210 | shirlypao@gmail.com | Shirlys Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3218110026 | kettysuarez065@gmail.com | Ketty Suarez V. |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3003793905 | oliercanoles1@gmail.com | Adonis Olier |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043696506 | becyzunigamaruugo@gmail.com | Bercy |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3217619600 | mariaferiahernandez26@gmail.com | Maria Feria |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | M | | | | | | | SURA EPS | 3017849740 | marticasgo.29@gmail.com | Yoni B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3001316926 | josedanielencristo@gmail.com | Jose B |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION :** 4 **Técnicas y Herramientas RBC** ✓

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

**MUNICIPIO:** Arjona 20 Sept.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALE | GRUPO ETNICO - IDENTIDA | PERSONA GESTANTE Y/O | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3216868462/3136629275 | yeseniaurtado7@gmail.com | Yesenia |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3005605797 | vianey101511@gmail.com | |
| 3 | YULI PAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3156507762 | yulipuello08@gmail.com | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3007053262 | danymolinag10@gmail.com | Sareth Molina |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3126885795 | yumadihe@hotmail.com | |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3017332995 | kell-j@hotmail.com | Kelly Pajaro |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3138257152 | ypuelloa22@gmail.com | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3006628737 | coordinadorgenero@arjona-bolivar.gov.co | Jeniffer Diaz N. |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Veronica |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Milagro |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3045562197 | yolimatorres @gmail.com | Yolima Torres |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3007647163 | yajairadiazhernandez@gmail.com | Yajaira Diaz |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | M | | | | | | | NUEVA EPS | 3106686814 | eduardoutria2018@gmail.com | |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3107177073 | pedroysandra1123@gmail.com | Jorge L. Caicedo |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3117414375 | pedroysandra1123@gmail.com | |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION:** 4 **Técnicas y Herramientas RBC**

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

**MUNICIPIO:** Arjona 20 Sept

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3145788752 | pedroysandra1123@gmail.com | Pedro |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3053727764 | rosaespejohernandez@gmail.com | Rosa E |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3148515571 | edelmiranavarro@gmail.com | Edelmira N |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3107176621 | mariachamorrojeremy@gmail.com | Maria Ch |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3103630358 | zulidien28@hotmail.com | Luz Neidi |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3013392726 | dabeesca94@gmail.com | D Esalas |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3004565374 | mathiaskarim0209@hotmail.com | Karine |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 45654378 | 72 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3242059141 | cabarcascastroyuleisi@gmail.com | Betilda C |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3137462210 | shirlypao@gmail.com | Shirlys Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3218110026 | kettysuarez065@gmail.com | Ketty Suarez |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3003793905 | oliercanoles1@gmail.com | Adonis Olier |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043696506 | becyzunigamaruugo@gmail.com | Bercy |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3217619600 | mariaferiahernandez26@gmail.com | Maria Ferias |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | M | | | | | | | SURA EPS | 3017849740 | marticasgo.29@gmail.com | Yonis B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3001316926 | josedanielencristo@gmail.com | Jose V |

| 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 :** 5 **Técnicas y Herramientas RBC** Conocimiento

**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:** Arjona - 23 Sept

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALE | GRUPO ETNICO - IDENTIDA | PERSONA GESTANTE Y/O | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3216868462/3136629275 | yeseniaurtado7@gmail.com | Yesenia |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3005605797 | vianey101511@gmail.com | |
| 3 | YULI PAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3156507762 | yulipuello08@gmail.com | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3007053262 | danymolinag10@gmail.com | |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3126885795 | yumadihe@hotmail.com | |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3017332995 | kell-j@hotmail.com | |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3138257152 | ypuelloa22@gmail.com | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3006628737 | coordinadorgenero@arjona-bolivar.gov.co | |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3045562197 | yolimatorres @gmail.com | |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3007647163 | yajairadiazhernandez@gmail.com | |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | M | | | | | | | NUEVA EPS | 3106686814 | eduardoutria2018@gmail.com | |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3107177073 | pedroysandra1123@gmail.com | |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3117414375 | pedroysandra1123@gmail.com | |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION:** 5 **Técnicas y Herramientas RBC** Caracuto.

**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:** Arjona 23 sept

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3145788752 | pedroysandra1123@gmail.com | Pedro |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3053727764 | rosaespejohernandez@gmail.com | Rosa E |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3148515571 | edelmiranavarro@gmail.com | Edelmira N |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3107176621 | mariachamorrojeremy@gmail.com | maria ch |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3103630358 | zulidien28@hotmail.com | Luz Neidis |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3013392726 | dabeesca94@gmail.com | Daniela |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3004565374 | mathiaskarim0209@hotmail.com | Karine |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 45654378 | 72 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3242059141 | cabarcascastroyuleisi@gmail.com | Betilda C |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3137462210 | shirlypao@gmail.com | Shirlys Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3218110026 | kettysuarez065@gmail.com | Ketty Suarez |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3003793905 | oliercanoles1@gmail.com | Adonis Olier |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043696506 | becyzunigamaruugo@gmail.com | Bercy |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3217619600 | mariaferiahernandez26@gmail.com | Maria Ferias |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | M | | | | | | | SURA EPS | 3017849740 | marticasgo.29@gmail.com | Yoni B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3001316926 | josedanielencristo@gmail.com | Jose. |

| Sexo | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| Identidad de Genero | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

**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:** Arjona 23 sept

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALE | GRUPO ETNICO - IDENTIDA | PERSONA GESTANTE Y/O | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3216868462/3136629275 | yeseniaurtado7@gmail.com | Yesenia |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3005605797 | vianey101511@gmail.com | |
| 3 | YULI PAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3156507762 | yulipuello08@gmail.com | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3007053262 | danymolinag10@gmail.com | |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3126885795 | yumadihe@hotmail.com | |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3017332995 | kell-j@hotmail.com | |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3138257152 | ypuelloa22@gmail.com | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3006628737 | coordinadorgenero@arjona-bolivar.gov.co | |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3045562197 | yolimatorres @gmail.com | |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3007647163 | yajairadiazhernandez@gmail.com | |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | M | | | | | | | NUEVA EPS | 3106686814 | eduardoutria2018@gmail.com | |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3107177073 | pedroysandra1123@gmail.com | |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3117414375 | pedroysandra1123@gmail.com | |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION:** 6 **Técnicas y Herramientas RBC** Consulta

**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:** Arjona — 23 sept

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3145788752 | pedroysandra1123@gmail.com | Pedro José |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3053727764 | rosaespejohernandez@gmail.com | Rosa E |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3148515571 | edelmiranavarro@gmail.com | Edelmira N |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3107176621 | mariachamorrojeremy@gmail.com | Maria Ch |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3103630358 | zulidien28@hotmail.com | Luz Neidi |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3013392726 | dabeesca94@gmail.com | Daniela |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3004565374 | mathiaskarim0209@hotmail.com | Karine |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 45654378 | 72 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3242059141 | cabarcascastroyuleisi@gmail.com | Betilda C |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3137462210 | shirlypao@gmail.com | Shirlys Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3218110026 | kettysuarez065@gmail.com | Ketty Suarez |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3003793905 | oliercanoles1@gmail.com | Adonis Olier |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043696506 | becyzunigamaruugo@gmail.com | Bercy |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3217619600 | mariaferiahernandez26@gmail.com | María Feria |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | M | | | | | | | SURA EPS | 3017849740 | marticasgo.29@gmail.com | Yonis B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3001316926 | josedanielencristo@gmail.com | José |

| Sexo | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| Identidad de Genero | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION :** 7 **Técnicas y Herramientas RBC** — Redes 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:** Arjona 3 octubre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALE | GRUPO ETNICO - IDENTIDA | PERSONA GESTANTE Y/O | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3216868462/3136629275 | yeseniaurtado7@gmail.com | Yesenia |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3005605797 | vianey101511@gmail.com | |
| 3 | YULI PAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3156507762 | yulipuello08@gmail.com | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3007053262 | danymolinag10@gmail.com | Sareth Molina |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3126885795 | yumadihe@hotmail.com | Yudis |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3017332995 | kell-j@hotmail.com | Kelly |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3138257152 | ypuelloa22@gmail.com | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3006628737 | coordinadorgenero@arjona-bolivar.gov.co | Jeniffer Diaz N. |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Veronica |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Milagro |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3045562197 | yolimatorres @gmail.com | Yolimatorres |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3007647163 | yajairadiazhernandez@gmail.com | Yajaira Diaz |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | M | | | | | | | NUEVA EPS | 3106686814 | eduardoutria2018@gmail.com | |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3107177073 | pedroysandra1123@gmail.com | Jorge Caicedo |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3117414375 | pedroysandra1123@gmail.com | |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACION DE BOLIVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION:** 7 **Técnicas y Herramientas RBC** Redes Comun

**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:** Arjona 23 Oct.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3145788752 | pedroysandra1123@gmail.com | Pedro |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3053727764 | rosaespejohernandez@gmail.com | Rosa E |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3148515571 | edelmiranavarro@gmail.com | Edelmira N |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3107176621 | mariachamorrojeremy@gmail.com | Maria Ch |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3103630358 | zulidien28@hotmail.com | Luz Neidi. |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3013392726 | dabeesca94@gmail.com | Daniela |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3004565374 | mathiaskarim0209@hotmail.com | Karine |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 45654378 | 72 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3242059141 | cabarcascastroyuleisi@gmail.com | Betilda C |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3137462210 | shirlypao@gmail.com | Shirlys Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3218110026 | kettysuarez065@gmail.com | Ketty Suarez |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3003793905 | oliercanoles1@gmail.com | Adonis Olier |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043696506 | becyzunigamaruugo@gmail.com | Bercy |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3217619600 | mariaferiahernandez26@gmail.com | Maria Ferias |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | M | | | | | | | SURA EPS | 3017849740 | marticasgo.29@gmail.com | Yoni B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3001316926 | josedanielencristo@gmail.com | Jose. |

| Sexo | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| Identidad de Genero | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION :** 8 **Técnicas y Herramientas RBC** Rdes Cautelas

**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:** Arjona

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALE | GRUPO ETNICO - IDENTIDA | PERSONA GESTANTE Y/O | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3216868462/3136629275 | yeseniaurtado7@gmail.com | Yesenia |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3005605797 | vianey101511@gmail.com | |
| 3 | YULI PAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3156507762 | yulipuello08@gmail.com | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3007053262 | danymolinag10@gmail.com | Sareth Molina |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3126885795 | yumadihe@hotmail.com | Yudis Diaz H |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3017332995 | kell-j@hotmail.com | Kelly Pajaro A |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3138257152 | ypuelloa22@gmail.com | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3006628737 | coordinadorgenero@arjona-bolivar.gov.co | Jeniffer Diaz V. |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Veronica |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | M. Lacyo |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3045562197 | yolimatorres @gmail.com | Yolima Torres |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3007647163 | yajairadiazhernandez@gmail.com | Yajaira Diaz |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | M | | | | | | | NUEVA EPS | 3106686814 | eduardoutria2018@gmail.com | Eduardo U |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3107177073 | pedroysandra1123@gmail.com | Jorge Caicedo |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3117414375 | pedroysandra1123@gmail.com | Sandra |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

| *Sectores Sociales* | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona victima del conflicto armado | 2 |
| Persona habitante de calle | 3 |
| Persona privada de la libertad | 4 |
| Profesional del sector | 5 |
| Persona Migrante, refugiada y/o retornada | 6 |
| Persona 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:** 8 **Técnicas y Herramientas RBC** Redes

**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:** Arjona 3 octubre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3145788752 | pedroysandra1123@gmail.com | Pedro |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3053727764 | rosaespejohernandez@gmail.com | Rosa E |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3148515571 | edelmiranavarro@gmail.com | Edelmira N |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3107176621 | mariachamorrojeremy@gmail.com | Maria J. |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3103630358 | zulidien28@hotmail.com | Luz Neidi |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3013392726 | dabeesca94@gmail.com | Daniela |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3004565374 | mathiaskarim0209@hotmail.com | Karine |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 45654378 | 72 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3242059141 | cabarcascastroyuleisi@gmail.com | Betilda |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3137462210 | shirlypao@gmail.com | Shirlys Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3218110026 | kettysuarez065@gmail.com | Ketty Suarez V. |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3003793905 | oliercanoles1@gmail.com | Adonis Olier |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043696506 | becyzunigamaruugo@gmail.com | Bercy |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3217619600 | mariaferiahernandez26@gmail.com | Maria Ferias |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | M | | | | | | | SURA EPS | 3017849740 | marticasgo.29@gmail.com | Yonies B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3001316926 | josedanielencristo@gmail.com | Jose V |

| 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 :** 9 **Técnicas y Herramientas RBC** Funcionarización

**ACTIVIDAD: Implementarla 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:** Arjona Socorro.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALE | GRUPO ETNICO - IDENTIDA | PERSONA GESTANTE Y/O | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3216868462/3136629275 | yeseniaurtado7@gmail.com | Yesenia |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3005605797 | vianey101511@gmail.com | |
| 3 | YULI PAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3156507762 | yulipuello08@gmail.com | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3007053262 | danymolinag10@gmail.com | |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3126885795 | yumadihe@hotmail.com | |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3017332995 | kell-j@hotmail.com | |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3138257152 | ypuelloa22@gmail.com | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3006628737 | coordinadorgenero@arjona-bolivar.gov.co | |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3045562197 | yolimatorres @gmail.com | |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3007647163 | yajairadiazhernandez@gmail.com | |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | M | | | | | | | NUEVA EPS | 3106686814 | eduardoutria2018@gmail.com | |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3107177073 | pedroysandra1123@gmail.com | |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3117414375 | pedroysandra1123@gmail.com | |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION:** 9 **Técnicas y Herramientas RBC** Fortalecimiento.

**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:** Arjona

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3145788752 | pedroysandra1123@gmail.com | Pedro |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3053727764 | rosaespejohernandez@gmail.com | Rosa E |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3148515571 | edelmiranavarro@gmail.com | Edelmira N |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3107176621 | mariachamorrojeremy@gmail.com | Maria Ch |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3103630358 | zulidien28@hotmail.com | Luz Neidi |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3013392726 | dabeesca94@gmail.com | Daniela |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3004565374 | mathiaskarim0209@hotmail.com | Karine |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 45654378 | 72 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3242059141 | cabarcascastroyuleisi@gmail.com | Betilda C |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3137462210 | shirlypao@gmail.com | Shirlys Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3218110026 | kettysuarez065@gmail.com | Ketty Suarez |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3003793905 | oliercanoles1@gmail.com | Adonis Olier |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043696506 | becyzunigamaruugo@gmail.com | Bercy |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3217619600 | mariaferiahernandez26@gmail.com | Maria Ferias |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | M | | | | | | | SURA EPS | 3017849740 | marticasgo.29@gmail.com | Yoni B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3001316926 | josedanielencristo@gmail.com | Jose. V |

| Sexo | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| Identidad de Genero | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION :** 10 **Técnicas y Herramientas RBC** — Fortalecimiento

**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:** Arjona — 5 octubre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALE | GRUPO ETNICO - IDENTIDA | PERSONA GESTANTE Y/O | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3216868462/3136629275 | yeseniaurtado7@gmail.com | Yesenia |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3005605797 | vianey101511@gmail.com | |
| 3 | YULI PAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3156507762 | yulipuello08@gmail.com | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3007053262 | danymolinag10@gmail.com | Sareth Molina |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3126885795 | yumadihe@hotmail.com | |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3017332995 | kell-j@hotmail.com | Kelly |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3138257152 | ypuelloa22@gmail.com | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3006628737 | coordinadorgenero@arjona-bolivar.gov.co | Jeniffer Diaz N. |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Veronica |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043829175 | luisramirezromero35@gmail.com | Milagro |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3045562197 | yolimatorres @gmail.com | Yolima Torres |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3007647163 | yajairadiazhernandez@gmail.com | Yajaira Diaz |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | M | | | | | | | NUEVA EPS | 3106686814 | eduardoutria2018@gmail.com | |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3107177073 | pedroysandra1123@gmail.com | Jorge Caicedo |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3117414375 | pedroysandra1123@gmail.com | |

| *Sexo* | |
|---|---|
| Mujer | M |
| Hombre | H |
| Intersexual | I |

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

| *Identidad de Genero* | |
|---|---|
| Heterosexual | HT |
| Bisexual | B |
| Homosexual | HM |

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

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

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

| Persona gestantes y/o lactantes |
|---|
| SI |
| NO |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION:** 10 **Técnicas y Herramientas RBC** Fi Comunitario

**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:** Arjona 30 oct.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3145788752 | pedroysandra1123@gmail.com | Pedro |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3053727764 | rosaespejohernandez@gmail.com | Rosa E |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3148515571 | edelmiranavarro@gmail.com | Edelmira Navarro |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3107176621 | mariachamorrojeremy@gmail.com | Maria Ch |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | F | | | | | | | SALUD TOTAL | 3103630358 | zulidien28@hotmail.com | Luz Neidi |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3013392726 | dabeesca94@gmail.com | Daniela |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3004565374 | mathiaskarim0209@hotmail.com | Karine |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 45654378 | 72 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3242059141 | cabarcascastroyuleisi@gmail.com | Betilda C |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3137462210 | shirlypao@gmail.com | Shirlys Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | F | | | | | | | NUEVA EPS | 3218110026 | kettysuarez065@gmail.com | Ketty Suarez |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3003793905 | oliercanoles1@gmail.com | Adonis Olier |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3043696506 | becyzunigamaruugo@gmail.com | Bercy |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | F | | | | | | | MUTUAL SER | 3217619600 | mariaferiahernandez26@gmail.com | Maria Ferias |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | M | | | | | | | SURA EPS | 3017849740 | marticasgo.29@gmail.com | Yonis B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | M | | | | | | | MUTUAL SER | 3001316926 | josedanielencristo@gmail.com | Jose. V |

| 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

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

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | TELEFONO | MICROTERRITORIO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | YESENIA HURTADO ROMERO | 5176326 | 39 | 3216868462/3136629275 | ARJONA | |
| 2 | VIANEYS ORTEGA BELTRAN | 30882949 | 42 | 3005605797 | ARJONA | |
| 3 | YULI PAOLA PULLO ESCORCIA | 1044916924 | 35 | 3156507762 | ARJONA | |
| 4 | SARETH DANIELA MOLINA GONZALEZ | 1143412198 | 26 | 3007053262 | ARJONA | |
| 5 | YUDIS MARIA DIAZ HERNANDEZ | 30765657 | 54 | 3126885795 | ARJONA | |
| 6 | KELLY JHOANA PAJARO ARNEDO | 1050947649 | 38 | 3017332995 | ARJONA | |
| 7 | YERALDIN PUELLO ATENCIO | 1044927351 | 30 | 3138257152 | ARJONA | |
| 8 | JENIFFER DIAZ NOVOA | 1052088203 | 31 | 3006628737 | ARJONA | |
| 9 | VERONICA PATRICIA ROMERO NUÑEZ | 33358119 | 40 | 3043829175 | ARJONA | |
| 10 | MILAGRO SOFIA RAMIREZ ROMERO | 1201254677 | 9 | 3043829175 | ARJONA | |
| 11 | YOLIMA DEL ROSARIO TORRES PUERTA | 30767928 | 47 | 3045562197 | ARJONA | |
| 12 | YAJAIRA DIAZ HERNANDEZ | 1044908018 | 44 | 3007647163 | ARJONA | |
| 13 | EDUARDO ENRRIQUE UTRIA PUERTA | 7882472 | 74 | 3106686814 | ARJONA | |
| 14 | JORGE LUIS CAICEDO BALBACEDA | 1044926261 | 32 | 3107177073 | ARJONA | |
| 15 | SANDRA MARIA PAYARES LEON | 30839145 | 45 | 3117414375 | ARJONA | |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

**El día** 3 **del mes de** oct **del año 2025, en el Municipio de** Arjona **las personas que a continuación se relacionan certifican que se les hizo entrega de los siguientes materiales e insumos en el marco de la ejecución del PIC Departamental:** Refrigerios saludables, almuerzos, escarapelas, escarapela, tulas en tela Impermeable, libretas de pasta dura full color con el nombre de la Estrategia, Lapiceros estampados con logo gorras estampadas certificados, block de notas, bolígrafos, abanicos de cartón alusivos a la estrategia. Todo dentro del marco de una ambientación, sonido, ayudas audiovisuales.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | TELEFONO | MICROTERRITORIO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | PEDRO JOSE PEREZ RAMOS | 9292961 | 49 | 3145788752 | ARJONA | Pedro Perez Ramos |
| 17 | ROSA ESPEJO HERNANDEZ | 6498424 | 46 | 3053727764 | ARJONA | Rosa E |
| 18 | EDELMIRA DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ | 30764013 | 59 | 3148515571 | ARJONA | Edelmira Navarro M |
| 19 | MARIA JOSEFA CHAMORRO GARCIA | 30764792 | 59 | 3107176621 | ARJONA | Maria Josefa Ch |
| 20 | LUZ NEIDIS PAJARO BELTRAN | 1044919048 | 34 | 3103630358 | ARJONA | Luz Neidis Pajaro Beltran |
| 21 | DANIELA BETANIA ESALAS CASTILLA | 1044927292 | 31 | 3013392726 | ARJONA | Daniela |
| 22 | KARINE HERNANDEZ BELLO | 1127591086 | 33 | 3004565374 | ARJONA | Karine Hernandez Bello |
| 23 | BETILDA CASTRO MORENO | 736454242 | 72 | 3242059141 | ARJONA | Betilda castro |
| 24 | SHIRLYS ZUÑIGA MARRUGO | 1002060677 | 33 | 3137462210 | ARJONA | Shirlys paola Zuñiga |
| 25 | KETTY SUAREZ VALENZUELA | 33358240 | 41 | 3218110026 | ARJONA | Ketty Suarez Valenzuela |
| 26 | ADONIS OLIER CANOLES | 1044916253 | 35 | 3003793905 | ARJONA | Adonis Javier Olier Canoles |
| 27 | BERCY ZUÑIGA MARRUGO | 1044937600 | 26 | 3043696506 | ARJONA | Bercy Liliana Zuñiga Marrugo |
| 28 | MARIA JOSE FERIAS HERNANDEZ | 1044930211 | 30 | 3217619600 | ARJONA | Maria Jose Feria Hernandez |
| 29 | YONI BOSSIO VILLADIEGO | 7886928 | 60 | 3017849740 | ARJONA | Yonis B |
| 30 | JOSE DANIEL VELASQUEZ MARTINEZ | 1001836147 | 21 | 3001316926 | ARJONA | Jose Velazquez |



**QUIEN CERTIFICA**

**Nombre** Yianis ortega Beltran.
**Cargo** Profesional universitario SGSI.
**Municipio** Arjona.
**Telefono** 3-octubre-2025.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

# ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES

**FECHA:** 03 de octubre

**MUNICIPIO** Arjona Bolívar

**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: |
|---|---|---|
| Centro Cívico | 8:00 am | 9:00 am |

## ASISTENTES A LA REUNION

**NOMBRE:** Yuneus Ortega Beltrán

**CARGO: Secretario(a) de Salud o funcionario Encargado**

**NOMBRE:**

**CARGO: Secretario de Educación**

**NOMBRE:**

**CARGO: Secretario de Gobierno**

**NOMBRE:** Sandra Patricia Gonzalez Representante.

**CARGO: Líder de la mesa de victimas**

**NOMBRE:** Jeniffer Diaz N

**CARGO: Representante de los Líderes Etnicos**

**NOMBRE:**

**PERFIL PROFESIONAL:**

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

**FIRMA:** Nelly Camacho

## 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 Maira Camacho Lara., 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**

Garantizar la coordinación → Mantener Reuniones periodicas y establecer los canales de comunicación fluidos. mediante Mesas de trabajo.

Promover el Liderazgo Comunitario → Apoyar a las familias y cuidadores para que actuen como agentes de cambio y movilizadores RBC en sus comunidades.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

# ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES

Para mayor constancia se firma en el Municipio de Arjona a los 3 días del mes de octubre 2025.

| N! | Nombres y apellidos | Documento de identidad | Cargo | Población Objeto | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Eduardo Ortiz | 7882472 | Gestor | | Eduardo |
| 2 | KARINE Hernandez | 1127591086 | Gestor | | Karine |
| 3 | Edelmira Navarro | 30764013 | Gestor | | Edelmira |
| 4 | Yolima Torres | 30767928 | Gestor | | Yolima |
| 5 | Maria Feria | 1044930211 | Gestor | | Maria |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICACION ENTREGA DE MATERIALES

**Doctor (a):** Yuonys Ortega Beltrán
Secretario (a) de Salud Municipal o su delegado
Municipio de: Arjona

**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 | 35 | Población Objeto |
| Estación de Agua y Café | 30 | Población Objeto |
| Almuerzo | 35 | Población Objeto |

Para mayor constancia se firma en Secretaria de S. a los 3 días del mes de Octubre de 2025.

QUIEN RECIBE

NOMBRE: Vivianis Ortega B.
CARGO: Prof. Univers. Grado 1
TELEFONO: 3005605797

QUIEN ENTREGA

NOMBRE: Nelly Cancho
TELEFONO: 3053586044

ACTA DE CONTINGENCIA

## ACTA DE CONTINGENCIA Y AJUSTE AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

A los 3 días del mes de Octubre de 2025, durante la ejecución de los talleres, en el municipio de Mahates, la población asistente al los talleres y los asesores de la ESE HOSPITAL LOCAL DE MAHATES, en concordancia con la SECRETARIA DE SALUD MUNCIPAL, proceden a dejar constancia de la siguiente contingencia y los acuerdos resultantes:

**1. Antecedentes**

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

**2. Situación presentada**

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

**3. Acuerdo de modificación**

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

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

**4. Alcance del ajuste**

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

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

**Por la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar**
Nombre: Yaneys Ortega Beltrán
Cargo: Profesional Univ. Grado 1
Firma:

**Por la E.S.E. Hospital Local de Mahates**
Nombre: Raul Camacho Jara
Cargo: Psicologo Especializado
Firma: Raul Camacho Jara

## CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Arjona- Bolívar, se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que **MARIA CAMACHO LARA** identificado(a) con C.C. **1.065.625.586** en su calidad de contratista **PSICOLOGA ESPECIALIZADA,** de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fechas: los días 11, 20, 23 correspondientes al mes de septiembre y correspondiente al mes de octubre el día 3 del año 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 | TALLER DIAGMOSTICO RAPIDOP Y PARTICIPATIVO – TECNICAS Y HERRAMIENTAS | MARIA CAMACHO LARA |
| 2 | TALLER CONDICION DE SALUD Y FUNDAMENTO PERSONAL – CONOCIMIENTO Y PRACTICA RBC | |
| 3 | TALLER CONOCIMIENTO SOBRE LA CONDICIÓN DE SALUD- FUNDAMENTO DE LAS PERSONAS PARTE DE INDIVIDUO Y FAMILIA | |
| 4 | TALLER ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ- FORMACION A GESTORES | |

Para mayor constancia se firma en **Secretaria de salud a** los **20** días del mes de **octubre** de 2025.

**QUIEN CERTIFICA**

NOMBRE: **CARMEN CARREÑO MARRUGO**
CARGO: **SECRETARIA DE SALUD**
TELEFONO: 3114055848

**QUIEN EJECUTA**

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

## CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Arjona- Bolívar, se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que **ARINDA GARCIA CANTILLO** identificado(a) con C.C. **1128044363** en su calidad de contratista **PSICOLOGA ,** de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fechas: los días 11, 20, 23 correspondientes al mes de septiembre y correspondiente al mes de octubre el día 3 del año 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 | TALLER DIAGMOSTICO RAPIDOP Y PARTICIPATIVO – TECNICAS Y HERRAMIENTAS | ARINDA GARCIA CANTILLO |
| 2 | TALLER CONDICION DE SALUD Y FUNDAMENTO PERSONAL – CONOCIMIENTO Y PRACTICA RBC | |
| 3 | TALLER CONOCIMIENTO SOBRE LA CONDICIÓN DE SALUD- FUNDAMENTO DE LAS PERSONAS PARTE DE INDIVIDUO Y FAMILIA | |
| 4 | TALLER ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ- FORMACION A GESTORES | |

Para mayor constancia se firma en **Secretaria de salud a** los **20** días del mes de **octubre** de 2025.

**QUIEN CERTIFICA**

NOMBRE: **CARMEN CARREÑO MARRUGO**
CARGO: **SECRETARIA DE SALUD**
TELEFONO: 3114055848

**QUIEN EJECUTA**

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

**CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN**

En el municipio de Arjona, 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 Vianeys Ortega Beltrán, 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:**

## 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.

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.

**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:

Nena Camacho Lara CC.No. 1065625586

Anna Garda C. CC.No. 1128044363

_____ CC.No. _____

Para mayor constancia se firma en Secretaria de Salud a los 3 días del mes de octubre de 2025.

**QUIEN CERTIFICA**

**Nombre** Yuanis Ortega Beltrán
**Cargo** Profesional univ. Grado 1
**Municipio** Arjona
**Telefono** 3005005707

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

# FASE 1 EJECUCION

## Línea de Prevención
## Canalización
## Visita domiciliaria
## Intervenciones breves

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

# MUNICIPIO DE ARJONA

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: Daylis Parra Boscan
Tipo documento: PTP Número Documento: 5750304
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 12 / 08 / 2007.
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3233304482.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio El Cafetal Arjona Bolivar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Yolandra Boscan Medina.
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: CC Número: 5305392 Teléfono / celular: 3233304482
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Hubal Ser.

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

Valoración por neurologia.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Cindy Jimenez Herrera

Tipo documento: CC Número Documento: 1002389968

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 15 / 03 / 1990

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3339273397

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Buenos Aires / Arjona Bolivar

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**

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

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

Institución a la cual se remite: Mohal Ser

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
Actualización de registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega

Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Ever Mendez Florez.
Tipo documento: CC Número Documento: 8052152
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 26 / 09 / 1974
Datos de contacto, Teléfono / Celular:
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Las Brisas. Arjona Bolivar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Kelly Jimenez.
Relación/Parentesco con el NNA: Cuidador Identificación. Tipo documento: CC Número: 1044907026 Teléfono / celular:

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

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
Actualización de registro de localización y canalización de personas con discapacidad.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Raul de Jesús Cabarcas Castro
Tipo documento: CC Número Documento: 38282452
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 25 / 12 / 1978
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3242059141
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: las delicias / sector el cafetal Arjona Bolivar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**

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

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

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
Actualización de registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

**FORMATO DE 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 María Pérez Chataca

Tipo documento: CC Número Documento: 30758936

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 21 / 04 / 1957

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3216069363.

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio San Rafael de la Ace Ayapa / Bolívar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**

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

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

Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

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

Salud certificado de discapacidad.
Inscripción registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega

Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Ana Teresa Teheran Salgado
Tipo documento: CC Número Documento: 30758906
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 14 / 10 / 1956
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3126850894
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Buenos Aires.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**

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

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

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

Necesidad de atención médica domiciliaria.

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Oveida Castro Monterrosa

Tipo documento: CC Número Documento: 30767738

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 18 / 06 / 1968

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3233540758 - 3107370779

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Buenos Aires - Arjona Bolívar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**

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

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

Institución a la cual se remite: _____

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

Actualización de registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega.

Firma: Laura Rincón O.

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

**FORMATO DE 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: Duvan Hendis Florez

Tipo documento: CC Número Documento: 8371655.

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 21 / 11 / 1980

Datos de contacto, Teléfono / Celular: _____

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Las Brisas Arjona Bolivar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Kelly Johana Jimenez.

Relación/Parentesco con el NNA: _____ Identificación. Tipo documento: CC Número: 1044907026 Teléfono / celular: _____

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

Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

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

Entrega inoportuna de medicamentos.

Nombre del funcionario que remite: Laura Pareja Ortega

Firma: Laura Pareja

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: Milagros Sofia Ramirez Romero
Tipo documento: TI Número Documento: 1201254677
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 06 / 05 / 2016
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3043829175
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio el Cafetal Arjona Bolivar

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Veronica Romero Nuñez
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: Cc Número: 33358190 Teléfono / celular: 3043829175
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Mohal Ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
Entrega Inspectora de Paños, formulas médicas. Solicitud silla de ruedas.

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Degnis Mendez Flores
Tipo documento: CC Número Documento: 43699678
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 10 / 02 / 1993
Datos de contacto, Teléfono / Celular:
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Las Brisas / Arjona Bol.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Kelly Jimenez.
Relación/Parentesco con el NNA: Cuidador Identificación. Tipo documento: CC Número: 1044907026 Teléfono / celular:

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

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

Dificultades para realización de pruebas de VPH y mamografías.

→ Entrega oportuna de medicamentos.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincón Ortega
Firma:

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 Np _____ MUNICIPIO: Arjona

Nombre (es) y Apellidos: Veronica Romero Fecha de Nacimiento: 14/01/1984

Edad: 41

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 33358190 de Arjona

Sexo: M _____ F X

Dx/Discapacidad: Hellhafe EAPB: Mutual Ser

Régimen: Subsidiado

Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: Arjona

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3043829175.

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: Arjona Bolivar.

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

**Orientaciones:**

→ Orientación para manejo y apoyo de personas con discapacidad.

→ Cuidado de la salud mental, fortalecimiento del autocuidado.

→ Promoción de actividades de esparcimiento.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicologo.

Veronica Romero

**Firma o identificación de la persona entrevistada**

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

## FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Arjona

Nombre (es) y Apellidos: Cindy Jimenez Herrera Fecha de Nacimiento: 15/03/1990

Edad: 35

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1002389968 de Arjona / Bolivar.

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Psicosocial a no especificado EAPB: Mutual Ser

Régimen: Subsidiado

Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: Barrio Buenos Aires.

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: _____

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: Arjona / Bolivar.

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

**Orientaciones:**

Promoción de la salud mental y autocuidado.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicologo.

Cindy pao la J. Marcet Herrera

**Firma o identificación de la persona entrevistada**

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

## FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Arjona Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Ana Teresa Teheran Salgado Fecha de Nacimiento: 14/10/1956

Edad: _____

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 30758906 de Arjona Bol

Sexo: M _____ F X

Dx/Discapacidad: Física EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: _____ Lugar de Residencia: Barrio Buenos Aires

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3126850694

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 capelizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)**

Remitido a UGD - Municipio de: Arjona Bolivar.

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

**Orientaciones:**

Promoción de actividades de autocuidado.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: psicólogo.

_____

**Firma e identificación de la persona entrevistada**

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

## FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

**Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC. Contrato interadministrativo N° 1144 de 09 de abril de 2025, en los municipios de San Jacinto, El Carmen de 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: Arjona Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Kelly Johana Jimenez Hurtado Fecha de Nacimiento: 13/07/2002

Edad: 23

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1044907026 de Arjona Bolivar.

Sexo: M_____ F X

Dx/Discapacidad: Intelectual EAPB: Mutual Ser

Régimen: Subsidiado.

Ocupación: Cuidadora Lugar de Residencia: Barrio las Brisas.

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: _____

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: Arjona

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

**Orientaciones:**

→ Fatalecimiento del autocuidado.

→ Estrategias de cuidado al cuidador.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicólogo.

Kelly Jimenez

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: Arjona

Nombre (es) y Apellidos: Rosa Villalba Padilla Fecha de Nacimiento: 28/09/1976

Edad: 48

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 22913622 de Arjona - Bolivar

Sexo: M_____ F X

Dx/Discapacidad: Fisica EAPB: Nueva EPS.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: _____ Lugar de Residencia: Barros Aires / Arjona Bolivar.

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3126850894

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: Arjona Bolivar.

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

**Orientaciones:**

Promoción de la salud mental.
Actividades de autocuida y fortalecimiento del autoconcepto.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: psicologo.

_____

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

## FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Arjona

Nombre (es) y Apellidos: Ricardo Daniel Hurtado Fecha de Nacimiento: _____

Edad: 19

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: ___ No: 5229232 de Venezuela

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Intelectual EAPB: Mutual Ser

Régimen: Subsidiado

Ocupación: N/A Lugar de Residencia: Arjona

Nombre del Cuidador (a): Yesenia Hurtado Teléfono: 3233639963

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: Arjona - Bolivar.

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

**Orientaciones:**

Intervención en duelo (no patológico).
Fortalecimiento del autocuidado.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicólogo

YESENIA

**Firma o identificación de la persona entrevistada**

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

**FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE**

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Arjona Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Adriana María Pérez Chantana Fecha de Nacimiento: 21/04/1957

Edad: 68

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 30758936 de Arjona.

Sexo: M_____ F X

Dx/Discapacidad: Física. EAPB: Mutual Ser

Régimen: Subsidiado

Ocupación: _____ Lugar de Residencia: _____

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3217069363.

Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

Si ___ No ✓ **(en Caso de Si favor capalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su ingreso)**

Remitido a UGD - Municipio de: Arjona Bolivar.

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

**Orientaciones:**

Promoción de actividades de esparcimiento.
Técnicas que promueven el autocuidado y autopercepción de sí mismo.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: psicóloga

_____

**Firma e identificación de la persona entrevistada**

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

## FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Arjona

Nombre (es) y Apellidos: Dayolis Parra Boscan Fecha de Nacimiento: 12/08/2007

Edad: 18

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: ___ No: 5750304 de Venezuela

Sexo: M_____ F X

Dx/Discapacidad: Multiple EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado.

Ocupación: _____ Lugar de Residencia: Arjona.

Nombre del Cuidador (a): Yohana Boscan Teléfono: 3233304482

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: Arjona / Bol

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

**Orientaciones:**

Promoción de técnicas que promueven el autocuidado, autoconcepto, autoimagen, autopercepción de sí misma.

Intervención Realizada Por: Cargo:

Dayolis Parra

**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: Arjona Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Sindy Pulio Pérez Fecha de Nacimiento: 22/04/1997

Edad: 27

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1044934508 de Arjona Bol.

Sexo: M_____ F X

Dx/Discapacidad: Fisica EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: _____ Lugar de Residencia: San Rafael de la cruz.

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3217069363

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: Arjona Bolivar

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

**Orientaciones:**

Promoción de actividades de autocuidado.
Promoción de actividades de esparcimiento.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicólogo.

_____

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

## FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Arjona Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Yohandra Bascan Medina. Fecha de Nacimiento: 30/07/1990

Edad: 35

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 53055392 de Venezuela

Sexo: M _____ F X

Dx/Discapacidad: Multiple EAPB: Mutual Ser

Régimen: Subsidiado

Ocupación: _____ Lugar de Residencia: Barrio El cafetal

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3233304482

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: Arjona Bolivar

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

**Orientaciones:**

→ Orientación para manejo y apoyo de personas con discapacidad.

→ Cuidado de la salud mental. fortalecimiento del autoconcepto.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicólogo.

_____

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: Viviana Celeste Estrada Castillo

Tipo de documento: CC Número de documento: 1044928292 Fecha de Nacimiento: 02/06/1995

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: _____

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio San Roque / Ayapa / Bolívar

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno [X] Otro [X] Cuál Discapacitado

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

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

**Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:**

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** Bachiller académico

**Ocupación del beneficiario:** Estilista.

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. 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. Foncaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [ ] Apartamento [X] 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 [X] Alcantarillado [X] Recolección de Basuras [X] 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 [X] Cuarto [X] Baño [X] Pasillos [X] Calles [X] Andenes [X] Parques [ ] Transporte [X] Hospital [ ] Ninguno [ ]

Otros [ ] Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [X] Quienes Hermana, Primos / Hermana, primos

Cuántas Personas conforman el hogar 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Enfermera, ama de casa de ella

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta barreras en la comunicación que afectan su interacción.

VIII. Recomendaciones

Se recomienda valorar apoyos técnicos y posibles adecuaciones en la vivienda.

Nombre del beneficiario: Yana Esalas
No. Cedula: 1044927292
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143412603.
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Velia Cashlla Sierra

Tipo de documento: CC Número de documento: 51758869 Fecha de Nacimiento: _____

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3222362057

Dirección-Municipio/Barrio: Ayapa - Calle San Roque

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno ☒ Otro ☐ Cuál _____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

**Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:**

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** Bachiller.

**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 si mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

El beneficiario presenta dificultades en la prestación del servicio de salud: Si [X] No [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 [ ] Apartamento [X] 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 [X] Alcantarillado [X] Recolección de Basuras [X] 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 _____

## 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 [x] Quienes Madre, hermanas, primos.

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

Ocupación de los miembros del hogar: Enfermera, ama de casa.

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta limitaciones, barreras en la comunicación que afectan su interacción.

VIII. Recomendaciones

Se recomienda fomentar apoyos en comunicación y fortalecer su participación en el entorno.

Nombre del beneficiario: Yeli Castilla.
No. Cedula: 51758869.
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Pinzón Ortega.
Cédula: 1143426103.
Firma: Laura Pinzón

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: Yesenia Hurtado Romero

Tipo de documento: PPT Número de documento: 5176326 Fecha de Nacimiento: 13/08/1986

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3233637963

Dirección-Municipio/Barrio: Las delicias

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

**Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:**

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** Sin estudio

**Ocupación del beneficiario:** Ama de casa

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

**Categoría de discapacidad:**

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☒ No ☐

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

1. Negación de la atención
2. Demoras en la atención
3. Entrega inoportuna de medicamentos
4. Deficiencia en la calidad de la atención
5. Demoras en el trámite de consultas, exámenes y/o tratamientos
6. Atención médica, rehabilitación, consultas especializadas en lugar distinto al de su residencia
7. Otra, Cuál Cumplio la mayoria de edad y no tiene mas rehabilitacion

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros ☐ Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro ☐ Quienes Madre e hijos

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

Ocupación de los miembros del hogar: Ama de casa

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta varias limitaciones que aumentan su dependencia.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Yesenia Hurtado Romero.
No. Cedula: 5176326
Firma: YESENIA

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Dayolis Daniela Parra Boscan

Tipo de documento: RC Número de documento: 5750304 Fecha de Nacimiento: 12/08/2009

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3233304482

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Cafetal.

Fecha de diligenciamiento: ____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno ☒ Otro ☐ Cuál ____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

**Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:**

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** Básica Primaria

**Ocupación del beneficiario:** N/A

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

**Categoría de discapacidad:**

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☒ No ☐

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [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 _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Ama de casa, Maestro de obra.

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si [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? | | |
| ¿Siente que ha perdido el control de su vida? | | |
| ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? | | |
| ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | | |
| ¿Tiene miedo por el futuro de su familia? | | |
| ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar? | | |
| ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | | |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta varias limitaciones que aumentan su dependencia.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Dayolis Parra.
No. Cedula: 5750304
Firma: Dayolis Parra

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Ricardo Daniel Hurtado

Tipo de documento: PPT Número de documento: 5229232 Fecha de Nacimiento: 03/12/2006

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3233637963

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio las delicias

Fecha de diligenciamiento: ____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☒ Otro ☐ Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: N/A

Ocupación del beneficiario: N/A

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☒ No ☐

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

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los 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 si mismo
15. Ninguna
16. Otra

**El beneficiario con discapacidad:**

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros ☐ Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro ☒ Quienes Hermana

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

Ocupación de los miembros del hogar: Comerciante Independiente

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta varias limitaciones que aumentan su dependencia.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Ricardo Hurtado
No. Cedula: 5229232
Firma:

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. **Datos del beneficiario:**

Nombres y apellidos: Cindy Jimenez Herrera

Tipo de documento: CC Número de documento: 1002369968 Fecha de Nacimiento: 15/03/1990

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3339293397

Dirección-Municipio/Barrio: Barno Buenos Aires

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

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:** Bachiller

**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 [X]

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [ ] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [ ] 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 _____

## 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 4 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 3

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta dificultades en la regulación emocional y social.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Cindy Jimena Herrera
No. Cedula: 1002389968
Firma: C.C. Paola Jimenez Herrera

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Raul de Jesús Cabarcas Castro

Tipo de documento: CC Número de documento: 3828452 Fecha de Nacimiento: 25/12/1978

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3242059141

Dirección-Municipio/Barrio: Las delicias / Sector el Capetal.

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno [X] Otro [ ] Cuál _____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

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

**Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:**

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** NA

**Ocupación del beneficiario:** Cosechero.

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

**Categoría de discapacidad:**

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: disponer cantidad de atenc

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [ ] 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 [ ] Anderes [ ] 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 [X] Quienes Hermana, Sobrinos

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

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

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

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Raul Cabarcas.
No. Cedula: 3828452
Firma:

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Ever Hernandez Florez Florez

Tipo de documento: CC Número de documento: 8052152 Fecha de Nacimiento: 26/09/1974

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: _____

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Las Brisas

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [X] Otro [ ] Cuál Discapacitado

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: NINGUNO

Ocupación del beneficiario: NINGUNO

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

Categoría de discapacidad: Mercedes Silva

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☒ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [ ] 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 _____

## 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 [X] Quienes Hermanos. Hermanos

Cuántas Personas conforman el hogar 6 Cuantas tienen discapacidad 3 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Campesino

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona tiene dificultades en la comprensión y ejecución de tareas cotidianas por lo que requiere apoyo constante

VIII. Recomendaciones

Se sugiere orientar al cuidador y fortalecer la estimulación e inclusión.

Nombre del beneficiario: Ever Mendez.
No. Cedula: 8052152
Firma:

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. **Datos del beneficiario:**

Nombres y apellidos: Ana Teresa Teheran Salgado

Tipo de documento: CC Número de documento: 30758906 Fecha de Nacimiento: 14/10/1956

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3126830894

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Buenos Aires

Fecha de diligenciamiento: ____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál ____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

**Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:**

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** NA

**Ocupación del beneficiario:** N/A

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

**Categoría de discapacidad:**

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

**¿Cuenta con certificación de discapacidad?** Si ☒ No ☐

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

Otros [ ] Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [X] Quienes Jenai

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

Ocupación de los miembros del hogar: Oficios Varios

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. [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 _____

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. [X] 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. [X] Otra, Cuál Fundación Ambaw.

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

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

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Ana Teheran
No. Cedula: 30758966
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates

Nombre: Laura Rincon Ortega.
Cédula: 1143412103
Firma: Laura Rincon

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Diosa Maria de Los Angeles Flores Flores

Tipo de documento: CC Número de documento: 837655 Fecha de Nacimiento: 21/11/1980

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: _____

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Las Brisas

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [X] Otro [X] Cuál: Discapacitado

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: N/A 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 [X] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [ ] Psicosocial [ ]

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [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 _____

## 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 [X] Quienes Hermanos Hermanos

Cuántas Personas conforman el hogar 6 Cuantas tienen discapacidad 3 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Campesino Campesino Campesino

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

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

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Duvan Mendis
No. Cedula: 8371655
Firma:

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Degnis Edith Mendez Florez

Tipo de documento: CC Número de documento: 43699678 Fecha de Nacimiento: 10/02/1973

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: _____

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Las Brisas

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [/] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: N/A

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

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

Categoria de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

**El servicio de rehabilitación está a cargo de:**

Eps ☒ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

**Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación:** _____

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

**Tipo de vivienda:**

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

**Condición de posesión de la vivienda:**

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

**Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:**

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [ ] 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 _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [X] Quienes Hermano

Cuántas Personas conforman el hogar 6 Cuantas tienen discapacidad 3 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: Campesino / Independiente

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

| En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas | SI | NO |
|---|---|---|
| Sentirse nervioso, ansioso o al límite | 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

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

VIII. Recomendaciones

Promover estrategias de estimulación, inclusión y orientación del cuidador sobre pautas para el desarrollo de habilidades adaptativas.

Nombre del beneficiario: Degnis Mendez Florez
No. Cedula: 43699678
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Patricia Ortega
Cédula: 1143421203
Firma: Laura Ortega

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Oveida Castro Monterrosa

Tipo de documento: CC Número de documento: 30767738 Fecha de Nacimiento: 18/06/1968

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3233546758 - 3107370779

Dirección-Municipio/Barrio: Barrios Buenos Aires.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [X] 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 [X]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Bachiller academico

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

1. Sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los 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 _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros ☐ Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro ☐ Quienes _____

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

Ocupación de los miembros del hogar: Técnico en refrigeración / Servicios generales

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

| En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas | SI | NO |
|---|---|---|
| Sentirse nervioso, ansioso o al límite | | 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

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

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Oveida Castro
No. Cedula: 36269738
Firma:

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. **Datos del beneficiario:**

Nombres y apellidos: Adriana María Pérez Chantara.

Tipo de documento: CC Número de documento: 30758936 Fecha de Nacimiento: 21/04/1957

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3217069363

Dirección-Municipio/Barrio: San Rafael de la Cruz.

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

Madre gestante [ ] Madre lactante [ ] Adulto Mayor [X] 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 [X]

**Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:**

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** N/A

**Ocupación del beneficiario:** N/A

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

**Categoría de discapacidad:**

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

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

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Adriana Perez.
No. Cedula: 30758936
Firma: _____

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. **Datos del beneficiario:**

Nombres y apellidos: Veronica Romero Nuñez

Tipo de documento: CC Número de documento: 33358190 Fecha de Nacimiento: 14/01/1984

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3043829175

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Cafetal.

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

**Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:**

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** 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:***

Parálisis cerebral
microcefalia

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
- Ø Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- ○ Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- Ø Recibe atención en salud actualmente
- ○ Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

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

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

**El servicio de rehabilitación está a cargo de:**

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

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

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

**Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación:** _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

**Tipo de vivienda:**

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

**Condición de posesión de la vivienda:**

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

**Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:**

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [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 _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Asume múltiples responsabilidades ante la alta dependencia de la persona, lo que implica un nivel elevado de exigencia física y emocional.

VIII. Recomendaciones

Articular apoyos interdisciplinarios, promover redes de apoyo.

Nombre del beneficiario: Veronica Romero
No. Cedula: 33358190
Firma: Veronica

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

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: Rosa Valbuena Padilla

Tipo de documento: CC Número de documento: 22913622 Fecha de Nacimiento: 28/09/1976

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3126850874

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Buenos Aires / Arjona Bolívar.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☒ Otro ☒ Cuál Yerna Cuidadora

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: _____

Ocupación del beneficiario: _____

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☒ No ☐

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

- [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
- [ ] 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 _____

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros ☐ Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro ☑ Quienes hijos esposo Yerna

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

Ocupación de los miembros del hogar: oficios varios

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

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 Fundación Ambaro

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

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

VIII. Recomendaciones

Capacitar en movilización segura y uso adecuado de ayudas técnicas, así como fomentar el autocuidado para prevenir el desgaste físico

Nombre del beneficiario: Rosa M. Villalba P.
No. Cedula: 22913622
Firma: Rosa Villalba

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143412703
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Sindy Patricia Pallo Pérez

Tipo de documento: CC Número de documento: 1049[illegible]58 Fecha de Nacimiento: 22/09/1997

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 321706[illegible]363

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Santa Rafaela de la Cruz

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Bachiller académico

Ocupación del beneficiario: 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
- [ ] 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 _____

**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:** Nunca

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

**Tipo de vivienda:**

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

**Condición de posesión de la vivienda:**

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

**Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:**

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [X] Quienes seis hermanos

Cuántas Personas conforman el hogar 8 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: construcción, casa de familia

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

| En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas | SI | NO |
|---|---|---|
| Sentirse nervioso, ansioso o al límite | | 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

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

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Cinoy Pueblo Perez
No. Cedula: 1044934508
Firma: Cinoy Pueblo.

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Yolandra Bocanegra Medina

Tipo de documento: PPT Número de documento: 5305392 Fecha de Nacimiento: 30/09-1990

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3233504482

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Cafetal

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Bto 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:

- ○ 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 Neuropediatra.

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

Casa [ ] Apartamento [X] 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 [X] Alcantarillado [X] Recolección de Basuras [X] 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 _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [X] Quienes Hermano compañero Hermano

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

Ocupación de los miembros del hogar: Maestro de obra. Ama de casa

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

El cuidada asume multiples responsabilidades ante la alta dependencia de la persona, lo que implica nivel elevado de exigencia Asica y emocional.

VIII. Recomendaciones

Se sugiere articular apoyos interdisciplinarios, promover redes de apoyo y faultar formación continua para mejorar la calidad de acompañamiento.

Nombre del beneficiario: Yohandra Bascon
No. Cedula: 5305392
Firma: Yohandra Bascon

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Parra Ortega
Cédula: 1143421103
Firma: Laura Parra

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: Kelly Johana Jimenez Hurtado

Tipo de documento: CC Número de documento: 1044907026 Fecha de Nacimiento: 13/07/2002.

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3245923403

Dirección-Municipio/Barrio: _____

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno ☒ Otro ☐ Cuál: _____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

**Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:**

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** Bachiller academico.

**Ocupación del beneficiario:** Cuidadora.

***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 Neurología.

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros ☐ Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro ☐ Quienes _____

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

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

El cuidador es un soporte constante en la estructuración de rutinas y el desarrollo de habilidades adaptativas.

VIII. Recomendaciones

Brindar pautas claras de manejo conductual, estrategias de estimulación y herramientas para favorecer la comprensión y autonomía de la persona.

Nombre del beneficiario: Kelly Jimenez Hurtado.
No. Cedula: 1044407026
Firma: Kelly Jimenez

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Veronica Veronica Cano

Tipo de documento: CC Número de documento: 1049907781 Fecha de Nacimiento: 12/05/2005

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3146914917474

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio El Cafetal

Fecha de diligenciamiento:

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☒ Otro ☒ Cuál Cuidadora

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: Tecnico

Ocupación del beneficiario: Desempleada.

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☒

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

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

**En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:**

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

**El beneficiario con discapacidad:**

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

## 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 Padres hijos

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

Ocupación de los miembros del hogar: Hogares

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

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

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Verónica Cano Hoyo
No. Cedula: 1044907781
Firma: Verónica Cano

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143412123
Firma: Laura Rincón

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Clara Clara Olivo.

Tipo de documento: CC Número de documento: 1003[illegible]906 Fecha de Nacimiento: 04/12/1993

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: _____

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Buenos Aires

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno ☒ Otro ☐ Cuál _____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐

**Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:**

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** _____

**Ocupación del beneficiario:** _____

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

**Categoría de discapacidad:**

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☒ No ☐

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes esposo y hijos

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

Ocupación de los miembros del hogar: Tecnico en refrigeración, Servicios generales

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

El cuidado asume multiples responsabilidades ante la alta dependencia de la persona.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Clara Vecino
No. Cedula: 1001970906
Firma: Clara Vecino

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