E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD



# MUNICIPIO DE EL CARMEN DE BOLIVAR

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

Mahates Bolívar, 16 de octubre de 2025.

**Doctor (a):** Claudia Patricia Torres B.
**Secretario (a) de Salud Municipal**
Municipio de: Carmen De Bol.

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

Cordial Saludo y Éxitos en sus labores diarias.

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

**Adjunto a esta misiva una carpeta con el siguiente contenido:**

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

Atentamente,

Asesor (a) ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES
Nombre: Anuda Cecilia Acosta
Teléfono: 3214193211
Cargo: Psicologa

**CERTIFICACIÓN DE RECIBIDO**

NOMBRE: Claudia Torres Barquelo.
CARGO: Sec Salud.
TEL/CEL: 3004908495
FIRMA :
FECHA: 16-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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 8 septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | M | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 1 | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | Janivis Yepes G. |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | F | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Nancy Torres |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | M | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Aldair Miranda |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Marelivi Montes |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | F | | | | | | | MUTUAL SER | karinefernandez@gmail.com | 3012211064 | Karine Ber |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | Rosa Gonzalez |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | M | | | | | | | MUTUAL SER | elmoise88@gmail.com | 3234486948 | |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3112436597 | Marlith Gon. |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3105672313 | Keily Herrera M. |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | M | | | | | | | MUTUAL SER | jbohorques64@hotmail.es | 3002625588 | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | discapacidad@elcarmen-bolivar.gov.co | 3216453778 | |

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

| Identidad de género | |
|---|---|
| Masculino | M |
| Femenino | F |
| Mujer Trans | MT |

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

| Personas con discapacidad | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Discapacidad física | 1 |
| Discapacidad auditiva | 2 |

| Sectores Sociales | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona víctima del conflicto armado | 2 |

| Grupos Etnicos | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Población Negra | 1 |
| Afrocolombiana | 2 |

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

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION** 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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 9 septiembre.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | CORREO | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3217513458 | |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3113417998 | |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kpeluffoquintana@gmail.com | 3144200754 | |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kacostacaro@gmail.com | 3113378501 | |
| 22 | LILIA TAPIAS TORRES | 45582281 | 49 | F | | | | | | | MUTUAL SER | liliatapiagonzale@gmail.com | 3127083581 | |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | F | | | | | | | MUTUAL SER | daismilambrano@gmail.com | 3235248737 | |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | M | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | M | | | | | | | MUTUAL SER | andkade2010@hotmail.com | 3042442301 | |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | F | | | | | | | MUTUAL SER | carmen062025@hotmail.com | 3113474802 | |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | elnelisrivero1965@gmail.com | 3137425260 | |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | F | | | | | | | MUTUAL SER | silviaochoa801@gmail.com | 3188482293 | |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | F | | | | | | | MUTUAL SER | cindyconde161@gmail.com | 3116393103 | |

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

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

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

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

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

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

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

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

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

**MUNICIPIO: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 8 - Septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | M | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 1 | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | Janis Yepes Gonz |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | F | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Nancy Torres |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | M | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | F | | | | | | | MUTUAL SER | karinefernandez@gmail.com | 3012211064 | |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | Rosa Gonzalez |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | M | | | | | | | MUTUAL SER | elmoise88@gmail.com | 3234486948 | |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3112436597 | Marlith G. |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3105672313 | Keily Herrera M |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | M | | | | | | | MUTUAL SER | jbohorques64@hotmail.es | 3002625588 | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | discapacidad@elcarmen-bolivar.gov.co | 3216453778 | |

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

| Identidad de género | |
|---|---|
| Masculino | M |
| Femenino | F |
| Mujer Trans | MT |

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

| Personas con discapacidad | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Discapacidad física | 1 |
| Discapacidad auditiva | 2 |

| Sectores Sociales | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona víctima del conflicto armado | 2 |

| Grupos Etnicos | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Población Negra | 1 |
| Afrocolombiana | 2 |

| 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** ORD

**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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 8 septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | CORREO | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3217513458 | |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3113417998 | |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kpeluffoquintana@gmail.com | 3144200754 | |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kacostacaro@gmail.com | 3113378501 | |
| 22 | LILIA TAPIAS ~~TORRES~~ Pousada | 45582281 | 49 | F | | | | | | | MUTUAL SER | liliatapiagonzale@gmail.com | 3127083581 | |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | F | | | | | | | MUTUAL SER | daismilambrano@gmail.com | 3235248737 | |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | M | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | M | | | | | | | MUTUAL SER | andkade2010@hotmail.com | 3042442301 | |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | F | | | | | | | MUTUAL SER | carmen062025@hotmail.com | 3113474802 | |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | elnelisrivero1965@gmail.com | 3137425260 | |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | F | | | | | | | MUTUAL SER | silviaochoa801@gmail.com | 3188482293 | |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | F | | | | | | | MUTUAL SER | cindyconde161@gmail.com | 3116393103 | |

| 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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 8 Septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | M | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 1 | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | Janis Yepsgnz |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | F | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Nancy Torres |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | M | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Aldair |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Marelvis |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | F | | | | | | | MUTUAL SER | karinefernandez@gmail.com | 3012211064 | Karine Ber |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | Rosa Gonzalez |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | M | | | | | | | MUTUAL SER | elmoise88@gmail.com | 3234486948 | |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3112436597 | marleth G |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3105672313 | Keily Herrera M |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | M | | | | | | | MUTUAL SER | jbohorques64@hotmail.es | 3002625588 | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | discapacidad@elcarmen-bolivar.gov.co | 3216453778 | |

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

| Identidad de género | |
|---|---|
| Masculino | M |
| Femenino | F |
| Mujer Trans | MT |

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

| Personas con discapacidad | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Discapacidad física | 1 |
| Discapacidad auditiva | 2 |

| Sectores Sociales | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona víctima del conflicto armado | 2 |

| Grupos Etnicos | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Población Negra | 1 |
| Afrocolombiana | 2 |

| 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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 8 de septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | CORREO | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3217513458 | |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3113417998 | |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kpeluffoquintana@gmail.com | 3144200754 | |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kacostacaro@gmail.com | 3113378501 | |
| 22 | LILIA TAPIAS ~~TORRES~~ Gonzalez | 45582281 | 49 | F | | | | | | | MUTUAL SER | liliatapiagonzale@gmail.com | 3127083581 | |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | F | | | | | | | MUTUAL SER | daismilambrano@gmail.com | 3235248737 | |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | M | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | M | | | | | | | MUTUAL SER | andkade2010@hotmail.com | 3042442301 | |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | F | | | | | | | MUTUAL SER | carmen062025@hotmail.com | 3113474802 | |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | elnelisrivero1965@gmail.com | 3137425260 | |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | F | | | | | | | MUTUAL SER | silviaochoa801@gmail.com | 3188482293 | |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | F | | | | | | | MUTUAL SER | cindyconde161@gmail.com | 3116393103 | |

| 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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 8 Septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | M | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 1 | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | Janivis Yepes Gonz |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | F | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Nancy Torres |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | M | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Aldair Miranda |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | F | | | | | | | MUTUAL SER | karinefernandez@gmail.com | 3012211064 | |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | Rosa Gonzalez |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | M | | | | | | | MUTUAL SER | elmoise88@gmail.com | 3234486948 | |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3112436597 | Marlith G. |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3105672313 | Keily Herrera M. |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | M | | | | | | | MUTUAL SER | jbohorques64@hotmail.es | 3002625588 | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | discapacidad@elcarmen-bolivar.gov.co | 3216453778 | |

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

| Identidad de género | |
|---|---|
| Masculino | M |
| Femenino | F |
| Mujer Trans | MT |

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

| Personas con discapacidad | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Discapacidad física | 1 |
| Discapacidad auditiva | 2 |

| Sectores Sociales | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona víctima del conflicto armado | 2 |

| Grupos Etnicos | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Población Negra | 1 |
| Afrocolombiana | 2 |

| 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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 6 septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | CORREO | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3217513458 | |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3113417998 | |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kpeluffoquintana@gmail.com | 3144200754 | |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kacostacaro@gmail.com | 3113378501 | |
| 22 | LILIA TAPIAS ~~TORRES~~ González | 45582281 | 49 | F | | | | | | | MUTUAL SER | liliatapiagonzale@gmail.com | 3127083581 | |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | F | | | | | | | MUTUAL SER | daismilambrano@gmail.com | 3235248737 | |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | M | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | M | | | | | | | MUTUAL SER | andkade2010@hotmail.com | 3042442301 | |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | F | | | | | | | MUTUAL SER | carmen062025@hotmail.com | 3113474802 | |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | elnelisrivero1965@gmail.com | 3137425260 | |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | F | | | | | | | MUTUAL SER | silviaochoa801@gmail.com | 3188482293 | |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | F | | | | | | | MUTUAL SER | cindyconde161@gmail.com | 3116393103 | |

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

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

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

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

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

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

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

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION** 5 **: Técnicas y Herramientas RBC** Mecanismos en Conocimientos.

**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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 26 septiembre.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | M | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 1 | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | Janis Yepes |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | x ang |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | F | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Nancy Torres |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | M | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Aldair |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | F | | | | | | | MUTUAL SER | karinefernandez@gmail.com | 3012211064 | |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | Rosa Gonzalez |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | M | | | | | | | MUTUAL SER | elmoise88@gmail.com | 3234486948 | |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3112436597 | Marlith G |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3105672313 | Keily Herrera M. |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | M | | | | | | | MUTUAL SER | jbohorques64@hotmail.es | 3002625588 | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | discapacidad@elcarmen-bolivar.gov.co | 3216453778 | |

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

| Identidad de género | |
|---|---|
| Masculino | M |
| Femenino | F |
| Mujer Trans | MT |

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

| Personas con discapacidad | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Discapacidad física | 1 |
| Discapacidad auditiva | 2 |

| Sectores Sociales | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona víctima del conflicto armado | 2 |

| Grupos Etnicos | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Población Negra | 1 |
| Afrocolombiana | 2 |

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION** 5 **: Técnicas y Herramientas RBC** Conocimiento en tecnicas

**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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 28 septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | CORREO | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3217513458 | |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3113417998 | |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kpeluffoquintana@gmail.com | 3144200754 | |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kacostacaro@gmail.com | 3113378501 | |
| 22 | LILIA TAPIAS TORRES | 45582281 | 49 | F | | | | | | | MUTUAL SER | liliatapiagonzale@gmail.com | 3127083581 | |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | F | | | | | | | MUTUAL SER | daismilambrano@gmail.com | 3235248737 | |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | M | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | M | | | | | | | MUTUAL SER | andkade2010@hotmail.com | 3042442301 | |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | F | | | | | | | MUTUAL SER | carmen062025@hotmail.com | 3113474802 | |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | elnelisrivero1965@gmail.com | 3137425260 | |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | F | | | | | | | MUTUAL SER | silviaochoa801@gmail.com | 3188482293 | |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | F | | | | | | | MUTUAL SER | cindyconde161@gmail.com | 3116393103 | |

| 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** Concinnato.

**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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 28 Septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | M | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 1 | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | Janivis Yepes G. |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | F | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Nancy Torres |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | M | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Aldair Miranda |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Marelvi Montes |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | F | | | | | | | MUTUAL SER | karinefernandez@gmail.com | 3012211064 | Karine Bor |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | Rosa Gonzalez |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | M | | | | | | | MUTUAL SER | elmoise88@gmail.com | 3234486948 | |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3112436597 | Marleth G. |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3105672313 | Keily Herrera M. |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | M | | | | | | | MUTUAL SER | jbohorques64@hotmail.es | 3002625588 | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | discapacidad@elcarmen-bolivar.gov.co | 3216453778 | Sandra Rodelo |

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

| Identidad de género | |
|---|---|
| Masculino | M |
| Femenino | F |
| Mujer Trans | MT |

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

| Personas con discapacidad | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Discapacidad física | 1 |
| Discapacidad auditiva | 2 |

| Sectores Sociales | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona víctima del conflicto armado | 2 |

| Grupos Etnicos | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Población Negra | 1 |
| Afrocolombiana | 2 |

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

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

**SESION** 4 **: 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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 28 septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | CORREO | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3217513458 | |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3113417998 | |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kpeluffoquintana@gmail.com | 3144200754 | |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kacostacaro@gmail.com | 3113378501 | |
| 22 | LILIA TAPIAS TORRES Gonzalez | 45582281 | 49 | F | | | | | | | MUTUAL SER | liliatapiagonzale@gmail.com | 3127083581 | |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | F | | | | | | | MUTUAL SER | daismilambrano@gmail.com | 3235248737 | |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | M | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | M | | | | | | | MUTUAL SER | andkade2010@hotmail.com | 3042442301 | |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | F | | | | | | | MUTUAL SER | carmen062025@hotmail.com | 3113474802 | |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | elnelisrivero1965@gmail.com | 3137425260 | |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | F | | | | | | | MUTUAL SER | silviaochoa801@gmail.com | 3188482293 | |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | F | | | | | | | MUTUAL SER | cindyconde161@gmail.com | 3116393103 | |

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

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

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

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

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

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

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

E.S.E HOSPITAL LOCAL MAHATES

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

**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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 28 Septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | M | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | Janis Yepes G. |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | F | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Nancy Torres |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | M | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Aldair Miranda |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Marelvis Montes O |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | F | | | | | | | MUTUAL SER | karinefernandez@gmail.com | 3012211064 | Karine Bor |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | Rosa Gonzalez |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | M | | | | | | | MUTUAL SER | elmoise88@gmail.com | 3234486948 | |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3112436597 | Merlith G. |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3105672313 | Keily Herrera M. |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | M | | | | | | | MUTUAL SER | jbohorques64@hotmail.es | 3002625588 | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | discapacidad@elcarmen-bolivar.gov.co | 3216453778 | |

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

| Identidad de género | |
|---|---|
| Masculino | M |
| Femenino | F |
| Mujer Trans | MT |

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

| Personas con discapacidad | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Discapacidad física | 1 |
| Discapacidad auditiva | 2 |

| Sectores Sociales | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona víctima del conflicto armado | 2 |

| Grupos Etnicos | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Población Negra | 1 |
| Afrocolombiana | 2 |

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

**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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 28 septiembre

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | CORREO | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Yorelis Orozco |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Richard Romero M |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3217513458 | Diana Ochoa |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3113417998 | Diana Navarro |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kpeluffoquintana@gmail.com | 3144200754 | Kelis Peluffo. |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kacostacaro@gmail.com | 3113378501 | Kelis Acosta Caro |
| 22 | LILIA TAPIAS TORRES | 45582281 | 49 | F | | | | | | | MUTUAL SER | liliatapiagonzale@gmail.com | 3127083581 | |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | F | | | | | | | MUTUAL SER | daismilambrano@gmail.com | 3235248737 | |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | Teresa Melendres V |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | M | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | M | | | | | | | MUTUAL SER | andkade2010@hotmail.com | 3042442301 | Delijer Luna |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | F | | | | | | | MUTUAL SER | carmen062025@hotmail.com | 3113474802 | Carmen Martinez |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | elnelisrivero1965@gmail.com | 3137425260 | |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | F | | | | | | | MUTUAL SER | silviaochoa801@gmail.com | 3188482293 | Ivana Payares |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | F | | | | | | | MUTUAL SER | cindyconde161@gmail.com | 3116393103 | Darley Fernandez |

| 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 |

| 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 |

| 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** Condiciones en Salud y Funcionamiento

**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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 16 octubre.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | M | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 1 | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | Janivis Yepes |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | F | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Aldair Miranda |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | M | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Nancy Torres |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | F | | | | | | | MUTUAL SER | karinefernandez@gmail.com | 3012211064 | |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | Rosa Gonzalez |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | M | | | | | | | MUTUAL SER | elmoise88@gmail.com | 3234486948 | |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3112436597 | |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3105672313 | Keily Herrera M |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | M | | | | | | | MUTUAL SER | jbohorques64@hotmail.es | 3002625588 | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | discapacidad@elcarmen-bolivar.gov.co | 3216453778 | |

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

| Identidad de género | |
|---|---|
| Masculino | M |
| Femenino | F |
| Mujer Trans | MT |

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

| Personas con discapacidad | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Discapacidad física | 1 |
| Discapacidad auditiva | 2 |

| Sectores Sociales | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona víctima del conflicto armado | 2 |

| Grupos Etnicos | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Población Negra | 1 |
| Afrocolombiana | 2 |

| 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** Condiciones en Salud y Funcionamiento

**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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 16 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 | CORREO | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Yorelis Orozco |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Richard Romero |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3217513458 | Diana ochoa |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3113417998 | Diana navarro |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kpeluffoquintana@gmail.com | 3144200754 | Kelis Peluffo |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kacostacaro@gmail.com | 3113378501 | Kelis Acosta Caro |
| 22 | LILIA TAPIAS TORRES | 45582281 | 49 | F | | | | | | | MUTUAL SER | liliatapiagonzale@gmail.com | 3127083581 | Lilia Tapias |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | F | | | | | | | MUTUAL SER | daismilambrano@gmail.com | 3235248737 | |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | Teresa Melendres |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | M | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | Carlos Alvarez |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | M | | | | | | | MUTUAL SER | andkade2010@hotmail.com | 3042442301 | Delijer Luna |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | F | | | | | | | MUTUAL SER | carmen062025@hotmail.com | 3113474802 | Carmen Martinez |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | elnelisrivero1965@gmail.com | 3137425260 | |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | F | | | | | | | MUTUAL SER | silviaochoa801@gmail.com | 3188482293 | Ivana Payares |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | F | | | | | | | MUTUAL SER | cindyconde161@gmail.com | 3116393103 | Darley Fernandez |

| 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** 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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 16-oct-Hoe.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | M | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | Yanivis Yepes Gonz |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | Angelica |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | F | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Nancy Torres |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | M | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | Aldair Miranda |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Marelvi |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | F | | | | | | | MUTUAL SER | karinefernandez@gmail.com | 3012211064 | Karine Be |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | Rosa Gonzalez |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | M | | | | | | | MUTUAL SER | elmoise88@gmail.com | 3234486948 | Moises M. Martinez |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3112436597 | Marlith G. |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3105672313 | Keily Herrera M. |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | M | | | | | | | MUTUAL SER | jbohorques64@hotmail.es | 3002625588 | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | discapacidad@elcarmen-bolivar.gov.co | 3216453778 | Sandra Rodelo |

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

| Identidad de género | |
|---|---|
| Masculino | M |
| Femenino | F |
| Mujer Trans | MT |

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

| Personas con discapacidad | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Discapacidad física | 1 |
| Discapacidad auditiva | 2 |

| Sectores Sociales | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona víctima del conflicto armado | 2 |

| Grupos Etnicos | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Población Negra | 1 |
| Afrocolombiana | 2 |

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

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

**MUNICIPIO: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 16 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 | CORREO | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Yorelis Orozco |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | Richard Romero |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3217513458 | Diana Ochoa |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3113417998 | Diana Navarro |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kpeluffoquintana@gmail.com | 3144200754 | Kelis Peluffo |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kacostacaro@gmail.com | 3113378501 | Kelis Acosta |
| 22 | LILIA TAPIAS TORRES | 45582281 | 49 | F | | | | | | | MUTUAL SER | liliatapiagonzale@gmail.com | 3127083581 | |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | F | | | | | | | MUTUAL SER | daismilambrano@gmail.com | 3235248737 | |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | Teresa Melendres |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | M | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | Carlos Alvarez |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | M | | | | | | | MUTUAL SER | andkade2010@hotmail.com | 3042442301 | |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | F | | | | | | | MUTUAL SER | carmen062025@hotmail.com | 3113474802 | |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | elnelisrivero1965@gmail.com | 3137425260 | |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | F | | | | | | | MUTUAL SER | silviaochoa801@gmail.com | 3188482293 | |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | F | | | | | | | MUTUAL SER | cindyconde161@gmail.com | 3116393103 | |

| 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** Redes Comunitarios

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

**MUNICIPIO: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 16 octubre.

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | EDAD | SEXO | IDENTIDAD DE GENERO | ORIENTACION SEXUAL | PCD | SECTORES SOCIALES | GRUPO ETNICO - IDENTIDAD CULTURAL | PERSONA GESTANTE Y/O LACTANTE | EAPB | TELEFONO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3137271166 | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | M | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 1 | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | F | | | | | | | MUTUAL SER | yanivisyepezgonzalez@gmail.com | 3205791155 | |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | F | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | M | | | | | | | MUTUAL SER | nt019800@gmail.com | 3215446410 | |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | F | | | | | | | MUTUAL SER | karinefernandez@gmail.com | 3012211064 | |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | F | | | | | | | MUTUAL SER | isabelgonzalezmarmol@gmail.com | 3145121773 | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | M | | | | | | | MUTUAL SER | elmoise88@gmail.com | 3234486948 | |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3112436597 | |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | marlysexy@gmail.com | 3105672313 | |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | M | | | | | | | MUTUAL SER | jbohorques64@hotmail.es | 3002625588 | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | discapacidad@elcarmen-bolivar.gov.co | 3216453778 | |

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

| Identidad de género | |
|---|---|
| Masculino | M |
| Femenino | F |
| Mujer Trans | MT |

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

| Personas con discapacidad | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Discapacidad física | 1 |
| Discapacidad auditiva | 2 |

| Sectores Sociales | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Comunidades campesinas y rurales | 1 |
| Persona víctima del conflicto armado | 2 |

| Grupos Etnicos | |
|---|---|
| NINGUNA | 0 |
| Población Negra | 1 |
| Afrocolombiana | 2 |

| 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** 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: CARMEN DE BOLIVAR** **FECHA:** 16-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 | CORREO | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3218088058 | |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3217513458 | |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | F | | | | | | | MUTUAL SER | montesmarelvis@gmail.com | 3113417998 | |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kpeluffoquintana@gmail.com | 3144200754 | |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | F | | | | | | | MUTUAL SER | kacostacaro@gmail.com | 3113378501 | |
| 22 | LILIA TAPIAS TORRES | 45582281 | 49 | F | | | | | | | MUTUAL SER | liliatapiagonzale@gmail.com | 3127083581 | |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | F | | | | | | | MUTUAL SER | daismilambrano@gmail.com | 3235248737 | |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | M | | | | | | | MUTUAL SER | melendresteresa58@gmail.com | 3126102097 | |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | M | | | | | | | MUTUAL SER | andkade2010@hotmail.com | 3042442301 | |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | F | | | | | | | MUTUAL SER | carmen062025@hotmail.com | 3113474802 | |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | F | | | | | | | MUTUAL SER | elnelisrivero1965@gmail.com | 3137425260 | |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | F | | | | | | | MUTUAL SER | silviaochoa801@gmail.com | 3188482293 | |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | F | | | | | | | MUTUAL SER | cindyconde161@gmail.com | 3116393103 | |

| 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** 5 **del mes de** Abril **del año 2025, en el Municipio de EL CARMEN DE BOLIVARlas 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 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | 3137271166 | CARMEN DE BOLIVAR | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | 3137271166 | CARMEN DE BOLIVAR | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | 3205791155 | CARMEN DE BOLIVAR | Janivis Yepes Gonzalez |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | 3205791155 | CARMEN DE BOLIVAR | |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | 3215446410 | CARMEN DE BOLIVAR | Nancy Torres Meza |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | 3215446410 | CARMEN DE BOLIVAR | Aldair Miranda Torres. |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | 3218088058 | CARMEN DE BOLIVAR | Marelivi Montes Ochoa |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | 3012211064 | CARMEN DE BOLIVAR | Nure Bauel |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | 3145121773 | CARMEN DE BOLIVAR | Rosa Gonzalez M |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | 3145121773 | CARMEN DE BOLIVAR | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | 3234486948 | CARMEN DE BOLIVAR | Moises Martinez |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | 3112436597 | CARMEN DE BOLIVAR | Marlith Gonzalez |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | 3105672313 | CARMEN DE BOLIVAR | Keily Herrera M. |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | 3002625588 | CARMEN DE BOLIVAR | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | 3216453778 | CARMEN DE BOLIVAR | Sandra Rodelo |



C8

**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** 5 **del mes de** Agto **del año 2025, en el Municipio EL CARMEN DE BOLIVAR 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 | YORELIS OROZCO RODRIGUEZ | 1131107891 | 32 | 3218088058 | CARMEN DE BOLIVAR | Yorelis Orozco |
| 17 | RICHARD MATIOS ROMERO MONTES | 1001779607 | 32 | 3218088058 | CARMEN DE BOLIVAR | Richard Romero M |
| 18 | DIANA HORTENSIA OCHOA SERPA | 45646177 | 45 | 3217513458 | CARMEN DE BOLIVAR | Diana ochoa |
| 19 | DIANA MARGARITA NAVARRO OCHOA | 1052068128 | 29 | 3113417998 | CARMEN DE BOLIVAR | Diana Navarro |
| 20 | KELIS JOHANA PELUFFO QUINTANA | 1052079513 | 34 | 3144200754 | CARMEN DE BOLIVAR | Kelis Peluffo Quintana |
| 21 | KELIS ACOSTA CARO | 1052066974 | 39 | 3113378501 | CARMEN DE BOLIVAR | Kelis Acosta Caro |
| 22 | LILIA TAPIAS TORRES Ponzáles | 45582281 | 49 | 3127083581 | CARMEN DE BOLIVAR | Lilia Tapias Ponzales |
| 23 | YIRLENA VILORIA | 4564655 | 41 | 3235248737 | CARMEN DE BOLIVAR | Yirlena Viloria |
| 24 | TERESA DEL SOCORRO MELENDRES VALDES | 33284949 | 60 | 3126102097 | CARMEN DE BOLIVAR | Teresa Melendres valdes |
| 25 | CARLOS ANDRES ALVAREZ MELENDRES | 1007139749 | 22 | 3126102097 | CARMEN DE BOLIVAR | Carlos Alvarez Melendres |
| 26 | DELIJER LUNA DIAZ | 1052068065 | 39 | 3042442301 | CARMEN DE BOLIVAR | Delijer Luna Martinez |
| 27 | CARMEN JUDITH MARINEZ CUELLO | 1102809288 | 38 | 3113474802 | CARMEN DE BOLIVAR | Carmen Judith Marinez |
| 28 | ENELVIS MARIA LUNA RIVERO | 45576415 | 60 | 3137425260 | CARMEN DE BOLIVAR | Enelvis Luna |
| 29 | IVANA PAYARES PEREZ | 1052072001 | 19 | 3188482293 | CARMEN DE BOLIVAR | Ivana Payares |
| 30 | DARLEY FERNADEZ HERNANDEZ | 1052093211 | 28 | 3116393103 | CARMEN DE BOLIVAR | Darley Fernandez Hernandez |



**QUIEN CERTIFICA**

**Nombre** Claudia Torres Escobelo

**Cargo** Secsalud

**Municipio** El carmen de Bolivar

**Telefono** 3004989495

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** 25 **del mes de** Sep **del año 2025, en el Municipio de EL CARMEN DE BOLIVARlas 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 | SAFIRE ELENA REYES PONCE | 45647572 | 53 | 3137271166 | CARMEN DE BOLIVAR | |
| 2 | JAIME ANDRES REYES PONCE | 1050280964 | 13 | 3137271166 | CARMEN DE BOLIVAR | Jaime |
| 3 | JANIVIS JANET YEPES GONZALEZ | 33286569 | 60 | 3205791155 | CARMEN DE BOLIVAR | Janivis Yepes Gonzalez |
| 4 | ANGELICA MARIA TORREGLOZA YEPES | 1052083121 | 33 | 3205791155 | CARMEN DE BOLIVAR | |
| 5 | NANCY ESTHER TORRES MEZA | 45577380 | 57 | 3215446410 | CARMEN DE BOLIVAR | Nancy Torres Meza |
| 6 | ALDAIR ALBERTO MIRANDA TORRES | 1052092163 | 29 | 3215446410 | CARMEN DE BOLIVAR | Aldair Miranda |
| 7 | MARELIVI DEL SOCORRO MONTES OCHOA | 45577406 | 55 | 3218088058 | CARMEN DE BOLIVAR | Marelivi Montes Ochoa |
| 8 | KARINE FERNANDEZ BORNACELLI | 1052076736 | 36 | 3012211064 | CARMEN DE BOLIVAR | Karine Born |
| 9 | ROSA ISABEL GONZALEZ MARMOL | 1002440857 | 40 | 3145121773 | CARMEN DE BOLIVAR | Rosa Gonzalez M |
| 10 | LUCIA GONZALEZ MARMOL | 1050286501 | 4 | 3145121773 | CARMEN DE BOLIVAR | |
| 11 | MOISES ALBERTO MARTINEZ CASTILLO | 1137184171 | 36 | 3234486948 | CARMEN DE BOLIVAR | |
| 12 | MARLITH GONZALEZ RAMOS | 50952312 | 55 | 3112436597 | CARMEN DE BOLIVAR | Marlith G. |
| 13 | KEILY HERRERA MORANTE | 1052086167 | 32 | 3105672313 | CARMEN DE BOLIVAR | Keily Herrera M. |
| 14 | JULIO HUMBERTO BOHORQUES | 73543016 | 61 | 3002625588 | CARMEN DE BOLIVAR | |
| 15 | SANDRA DEL CARMEN RODELO ALVAREZ | 45645786 | 45 | 3216453778 | CARMEN DE BOLIVAR | |

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICACION ENTREGA DE MATERIALES

**Doctor (a):** Claudia Bores Bayuelo
Secretario (a) de Salud Municipal o su delegado
Municipio de: Carmen de Bolívar

**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 |

6

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 | 35 | Población Objeto |
| Almuerzo | 35 | Población Objeto |

Para mayor constancia se firma en Coveñas a los 29 días del mes de Septiembre de 2025.

**QUIEN RECIBE**

NOMBRE: Claudia Torres Bacpelo
CARGO: Sec Salud
TELEFONO: 3004982495

**QUIEN ENTREGA**

NOMBRE: Angela María Cuesta
TELEFONO: 3214193211

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

# ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES

**FECHA:** 16- octubre- 2025.

**MUNICIPIO** El Carmen De Bolivar

**NOMBRE DE LA REUNION:** Concertación con los actores municipales (Secretario(a) de Salud o funcionario Encargado, Representante de la Dirección Local de Salud y Líderes de grupos organizados de la comunidad con discapacidad.

**OBJETIVO DE LA REUNION:** Creación de la Red de apoyo a la discapacidad en los municipios Priorizados con 5 representantes con perfil de liderazgo, motivación e interés en asumir el rol de promotores de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en cada uno de los Cinco (5) Territorios Priorizados.

| Lugar: | Hora de inicio: | Hora de finalización: |
|---|---|---|
| Secretaria de Salud | 2:00 pm | 2:30 Pm |

## ASISTENTES A LA REUNION

**NOMBRE:** Claudia Tous Reyes.

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

**NOMBRE:**

**CARGO: Secretario de Educación**

**NOMBRE:**

**CARGO: Secretario de Gobierno**

**NOMBRE:**

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

**NOMBRE:**

**CARGO: Representante de los Líderes Etnicos**

**NOMBRE:** Nancy Camacho Lara

**PERFIL PROFESIONAL:** Psicologa Especializada.

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

**FIRMA:** Nancy Camacho Lara

## 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 Marco Camacho Jara, en su calidad de Asesora de la ESE Hospital Local Mahates, quien destacó la importancia de la conformación de las redes sociales en el marco del Anexo Técnico N° 14. Se subrayó el objetivo principal de la intervención.

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

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

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

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

## OBSERVACIONES Y COMPROMISOS

**COMPROMISO**

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

## ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES

Para mayor constancia se firma en el Municipio de Carmen Bolívar a los 16 días del mes de octubre 2025.

| N! | Nombres y apellidos | Documento de identidad | Cargo | Población Objeto | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Marelvis Monte | 45571406 | Gestor | Discapacidad | Marelvis Monte |
| 2 | Nuris Molinares | 33284949 | Gestor | Discapacidad | Nuris Molinares |
| 3 | Liliana Camacho | 45582.600 | Gestor | Discapacidad | Liliana Camacho |
| 4 | Kelis Peluffo. | 1.052.079513 | Gestor | Discapacidad | Kelis Peluffo |
| 5 | Keily Herrera M. | 1052086167 | Gestor | discapacidad | Keily Herrera M. |

# ACTA DE CONTINGENCIA Y AJUSTE AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

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

## 1. Antecedentes

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

## 2. Situación presentada

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

## 3. Acuerdo de modificación

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

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

## 4. Alcance del ajuste

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

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

**Por la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar**
Nombre: Claudia Torres Bayuelo
Cargo: Sec Salud
Firma: El Carmen

**Por la E.S.E. Hospital Local de Mahates**
Nombre: Amanda Cecilia Baute
Cargo: 1128044963 Profesional C.
Firma: Amanda Cecilia Baute

ALCALDÍA DE
EL CARMEN DE BOLÍVAR

**PERMANENCIA No. 024-2025**

# LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE EL CARMEN DE BOLIVAR.

## C E R T I F I C A

Que el Doctor **MARÍA CAMACHO LARA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.065.625.586.**, quien se desempeña como contratista PSICOLOGA ESPECIALISTA, de La ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES; permaneció en el municipio el día 08 **SEPTIEMBRE 2025.**

**CON EL OBJETIVO DE**: EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la Secretaria De Salud Departamental De Bolívar Y La Ese Hospital Local 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 los días: 05 agosto, 25 septiembre, 29 de septiembre.**

| Sesión | Temática | Tallerista |
|---|---|---|
| 1 | **ETAPA DE SENSIBILIZACION - COMPONENTE DE SALUD** | **MARÍA CAMACHO LARA** |
| 2 | **Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)** | |
| 3 | **Ejes Temáticos** | |
| 4 | **Técnicas y Herramientas RBC- Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en persona por parte del individuo y la familia.** | |

Se expide la presente certificación de permanencia en El Carmen de Bolívar, a los (29) veintinueve días del mes de SEPTIEMBRE de 2025, para los fines que el interesado considere pertinentes.

**CLAUDIA PATRICA TORRES BAYUELO**
Cedula de Ciudadanía 45.578.178

ALCALDÍA DE
EL CARMEN DE BOLÍVAR

**PERMANENCIA No. 024-2025**

# LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE EL CARMEN DE BOLIVAR.

## C E R T I F I C A

Que el Doctor **ARINDA MARIA GARCIA CANTILLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.128.044.363**, quien se desempeña como contratista PSICOLOGA ESPECIALISTA, de La ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES; permaneció en el municipio el día 29 **SEPTIEMBRE 2025.**

**CON EL OBJETIVO DE**: EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la Secretaria De Salud Departamental De Bolívar Y La Ese Hospital Local 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 los días: 05 agosto, 25 septiembre, 29 de septiembre.**

| Sesión | Temática | Tallerista |
|---|---|---|
| 1 | **ETAPA DE SENSIBILIZACION - COMPONENTE DE SALUD** | **MARÍA CAMACHO LARA** |
| 2 | **Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)** | |
| 3 | **Ejes Temáticos** | |
| 4 | **Técnicas y Herramientas RBC- Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en persona por parte del individuo y la familia.** | |

Se expide la presente certificación de permanencia en El Carmen de Bolívar, a los (29) veintinueve días del mes de SEPTIEMBRE de 2025, para los fines que el interesado considere pertinentes.

**CLAUDIA PATRICA TORRES BAYUELO**
Cedula de Ciudadanía 45.578.178

ALCALDÍA DE
EL CARMEN DE BOLÍVAR

**PERMANENCIA No. 026-2025**

# LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE EL CARMEN DE BOLIVAR.

## C E R T I F I C A

Que el Doctor **EDWIN HERRERA GUERRERO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **7.886.295**, quien se desempeña como contratista P.U AREA SALUD GOBERNACION DE BOLIVAR, de La ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES,; permaneció en el municipio el día 08 **SEPTIEMBRE 2025.**

**CON EL OBJETIVO DE**: EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la Secretaria De Salud Departamental De Bolívar Y La Ese Hospital Local 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 | LIDER |
|---|---|---|
| 4 | **VERIFICACION DE LOS TALLERES DE CLAUSURA SESION CON LOS GESTORES 3° SECCION DE LOS GESTORES EN CARMEN BOLIVAR** | **EDWIN HERRERA GUERRERO** |

Se expide la presente certificación de permanencia en El Carmen de Bolívar, a los (29) veintinueve días del mes de SEPTIEMBRE de 2025, para los fines que el interesado considere pertinentes.

**CLAUDIA PATRICA TORRES BAYUELO**
Cedula de Ciudadanía 45.578.178

**CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN**

En el municipio de El Carmen De Bolivar, 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 Claudia Patricia Torres Bayuelo, funcionario (a) de la Secretaría de Salud Municipal, y levantamiento de un Acta de Sensibilización y Coordinación de actividades, donde se deja constancia de la coordinación que se realizó:

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

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

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

**ETAPA DE EJECUCION**

1. **LINEA DE PROMOCIÓN:**

**1.1 DESARROLLO DE CAPACIDADES:**

Realizo Desarrollos de Capacidades 4 por cada territorio

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

**Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)**

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

**Técnicas y Herramientas RBC**

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

**Ejes temáticos**

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

**Conocimientos y Practicas de las técnicas y herramientas de la RBC**

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

**Ejes Temáticos**

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

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

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

**Ejes Temáticos**

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

## 1.2. INFORMACIÓN EN SALUD.

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

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

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

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

c) **Elaboración de Piezas Comunicativas**

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

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

## 1.3. BÚSQUEDA ACTIVA DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD:

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

## 2. LINEA DE PREVENCION:

### 2.1. Canalización:

Se realizo 20 Canalizaciones

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

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

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

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

**2.2 Visita domiciliaria**:

Se realizo 20 visitas domiciliarias

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

- **Intervenciones Breves:**

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

**COMPONENTE DE EMPODERAMIENTO**

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

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

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

**Ejes temáticos:**

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

**LOGISTICA**:

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

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

**A cada participante, se le entregó:**

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

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

**A la DLS se le entregó:**

- ✓ Pendon 1,00 x 1,50 tipo Araña

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

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

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

Nancy Concepción Lara CC.No. 1065625586.

Angela María Loaiza CC.No. 1128044363.

_____ CC.No. _____

Para mayor constancia se firma en El Carmen de Bolívar a los 29 días del mes de Septiembre de 2025.

**QUIEN CERTIFICA**

**Nombre** Claudia Tapes Baquero
**Cargo** See Salud.
**Municipio** El Carmen de Bolívar
**Telefono** 3004989495

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

# MUNICIPIO DE CARMEN DE BOLIVAR

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: El Carmen de Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Sanfe Reyes Ponce Fecha de Nacimiento: 03/01/1973.
Edad: 53
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 45647572 de El Carmen de Bolivar
Sexo: M_____ F X
Dx/Discapacidad: Ceguera EAPB: Mutual Ser
Régimen: Subsidiado
Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: Barrio Kilometro 9
Nombre del Cuidador (a): Disney Reyes. Teléfono: 3105214221
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 desconoca favor Canalizar para su ingreso)
Remitido a UGD - Municipio de: El Carmen de Bolivar.

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

**Orientaciones:**

Orientación para el desarrollo de estrategias de regulación emocional y afectiva.
Fortalecimiento de habilidades sociales.

Intervención Realizada Por: Jaira Pareja 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: El Carmen de Bolivar.

Nombre (es) y Apellidos: Carlos Andrés Alvarez Melendez. Fecha de Nacimiento: 19/07/2003.
Edad: 21
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1007139749 de Carmen de Bolivar.
Sexo: M X F ___
Dx/Discapacidad: Psicosocial. EAPB: Mutual Ser
Régimen: Subsidiado
Ocupación: _____ Lugar de Residencia: _____
Nombre del Cuidador (a): Teresa Melendez Teléfono: 3126102097
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: El Carmen de Bolivar

3. ORIENTACIONES SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL (Intervenciones Breves)

**Orientaciones:**

Fortalecimiento y orientación para el desarrollo de estrategias de regulación emocional y fortalecimiento de habilidades sociales.

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

_____
Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

## FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: El Carmen de Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Higel Anilla Moncada Fecha de Nacimiento: 16/07/1963

Edad: 61

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 73548650 de El Carmen de Bolivar

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Física. EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado

Ocupación: N/A. Lugar de Residencia: El Carmen de Bolivar.

Nombre del Cuidador (a): Carmen Rincon Ortega. Teléfono: 3103515101.

Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

Remitido a UGD - Municipio de: _____

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

**Orientaciones:**

Fortalecimiento y orientación de estrategias para el autocuidado emocional, fortalecimiento de redes de apoyo.

- Primeros auxilios psicológicos

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega- Cargo: Psicologa

_____

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: El Carmen de Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Rosa Gonzalez Harmol Fecha de Nacimiento: _____

Edad: 40

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1002490857 de El Carmen de Bolivar

Sexo: M_____ F X

Dx/Discapacidad: Multiple - Fisica - intelectual EAPB: Mutual Ser

Régimen: Subsidiado

Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: _____

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3145121773.

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: El Carmen de Bolivar.

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

**Orientaciones:**

Promoción de actividades de autocuidado.
Actividades de esparcimiento, cuidado de la salud mental y emocional.

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: El Carmen de Bolivar.

Nombre (es) y Apellidos: Yurlena Vitoria Caro Fecha de Nacimiento: _____
Edad: 41
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 45696550 de El Carmen de Bolivar.
Sexo: M ___ F X
Dx/Discapacidad: Hipoacusia EAPB: Mutual Ser.
Régimen: Subsidiado
Ocupación: Ama de Casa. Lugar de Residencia: Barrio Buenos Aires.
Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3235298739
Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN. (Búsqueda Activa)

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

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

**Orientaciones:**

Promoción de actividades de autocuidado.
Actividades de esparcimiento, cuidado de la salud mental y social.

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: El Carmen de Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Ubardo Antono Herrera Perez Fecha de Nacimiento: _____
Edad: 63
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 73545210 de El carmen de Bolivar
Sexo: M X F ___
Dx/Discapacidad: visual EAPB: Mutual Ser
Régimen: subsidiado
Ocupación: N/A. Lugar de Residencia: Minuto de Dios
Nombre del Cuidador (a): Keily Herrera Morank Teléfono: 3105672313
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: El carmen de Bolivar.

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

**Orientaciones:**

Orientaciones para el cuidado de la salud mental y emocional.
Fortalecimiento del autoconcepto, terapia de aceptacion y compromiso.

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: El Carmen de Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Kelg Herrera Morante Fecha de Nacimiento: 24/04/1993

Edad: _____

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1032086167 de _____

Sexo: M ____ F X

Dx/Discapacidad: Visual EAPB: Mutual Ser

Régimen: Subsidiado

Ocupación: Comerciante. Lugar de Residencia: Mundo de Dios

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3105672313

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 canalizar para su actualizacion) y (en caso de No o desconoce favor Canalizar para su Ingreso)**

Remitido a UGD - Municipio de: _____

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

**Orientaciones:**

Orientación para el acompañamiento en el desarrollo de estrategias de autonomía.

Fortalecimiento del autoconcepto, resiliencia.
Cuidados para el cuidador.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicóloga

Kelg Herrera M.

**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 IDENTIFICAOÓN No _____ MUNICIPIO: El Carmen de Bolivar.

Nombre (es) y Apellidos: Jaime Andrés Reyes Ponce Fecha de Nacimiento: _____
Edad: 12
Identificación: RC: ___ TI: X CC: ___ No: 1050280964 de El Carmen de Bolivar.
Sexo: M X F ___
Dx/Discapacidad: Intelectual EAPB: Mutual Ser
Régimen: Subsidiado
Ocupación: Estudiante Lugar de Residencia: _____
Nombre del Cuidador (a): Sarife Reyes ponce Teléfono: 3105214221.
Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

**Orientaciones:**

Orientación para la implementación de actividades de estimulación cognitiva y social.
Actividades de esparcimiento, fortalecimiento de redes de apoyo.

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: El Carmen de Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: John Ponce Diaz Fecha de Nacimiento: 15/03/1986
Edad: 39
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1043843699 de El Carmen de Bolivar
Sexo: M X F
Dx/Discapacidad: Hipotiroidismo. EAPB: Mutual Ser.
Régimen: Subsidiado
Ocupación: Oficios Varios Lugar de Residencia: Kilometro 1
Nombre del Cuidador (a): Candelaria Reyes Ponce Teléfono: 3106331056
Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

**Orientaciones:**

Promoción del cuidado de la salud mental y física.
Fortalecimiento de redes de apoyo comunitarias, entornos inclusivos.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicólogo.

John Eric Ponce Diaz.
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: El Carmen de Bolivar

Nombre (es) y Apellidos: Carmen Romero Ortega Fecha de Nacimiento: 09/08/1970

Edad: 54

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 64891724 de El Carmen de Bolivar

Sexo: M _____ F X

Dx/Discapacidad: Física. EAPB: Mutual Ser.

Régimen: Subsidiado

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

Nombre del Cuidador (a): _____ Teléfono: 3103516101

Fecha de Elaboración: _____

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

Remitido a UGD - Municipio de: _____

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

**Orientaciones:**

Fortalecimiento del autocuidado, técnicas para la gestión y cuidado emocional.

Promoción de actividades y fortalecimiento de redes de apoyo. Primeros auxilios psicológicos.

Intervención Realizada Por: Laura Rincón Ortega Cargo: Psicólogo.

_____

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Sanfe Reyes Ponce
Tipo documento: CC Número Documento: 45647572
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 03 / 01 / 1973.
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3105214221
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Kilometro1 / El Carmen de Bolivar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Disney Reyes Ponce.
Relación/Parentesco con el NNA: Hermana Identificación. Tipo documento: ____ Número: 45647092 Teléfono / celular: 3105214221
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Hubal Ser.

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

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

**FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD**
**SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD**
**Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO Nº 14**

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

Nombres y Apellidos: Miguel Pinilla Moncada
Tipo documento: CC Número Documento: 73548650
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 16 / 07 / 1963.
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 301 7044350
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Buenos Aires / El Carmen de Bolivar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Carmen Romero Ortega
Relación/Parentesco con el NNA: Esposa Identificación. Tipo documento: ____ Número: 6489724 Teléfono / celular: 3103515101
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Hubcal Ser.

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
Solicito ingreso 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: Miguel Anilla Moncada.
Tipo documento: CC Número Documento: 73548650
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 16 / 07 / 1963.
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3017044350.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barro Buenos Aires. El carmen de Bolivar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Carmen Romero Ortega.
Relación/Parentesco con el NNA: Esposa. Identificación. Tipo documento: ____ Número: 64891724 Teléfono / celular: 3103515101
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ___ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: _____

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

Valoracion y seguimiento por psicologia y psiquiatria.

Nombre del funcionario que remite: Laura Rincon 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 Nº 14**

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

Nombres y Apellidos: Yoser de Jesús Salgado Hernandez.
Tipo documento: CC Número Documento: 1052082283
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 03 / 04 / 1991
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3107446225
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Villa María / El Carmen de Bolívar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Juan de Jesús Salgado Gomez.
Relación/Parentesco con el NNA: Padre Identificación. Tipo documento: CC Número: 9113965 Teléfono / celular: 3107446225
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ____ / _____ / _____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

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

Solicitud médico dermatólogo

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: Maria José Mejia Viloria
Tipo documento: CC Número Documento: 1002343883
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 04 / 08 / 2000
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3235298739
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Buenos Aires - Carmen de Bolivar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Yulena Viloria Caro.
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: CC Número: 45646550 Teléfono / celular: 3235298739
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Magisterio.

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

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

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Jaime Andres Reyes Ponce
Tipo documento: TI Número Documento: 1050280964
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 27 / 02 / 2012
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3105214221 / 3137271166.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: _____

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Sarle Reyes Ponce
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo
documento: ___ Número: 45647572 Teléfono / celular:
3105214221
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ___/___/___
Institución a la cual se remite: Hubal Ser.

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

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: John Ponce Diaz.
Tipo documento: CC Número Documento: 1043843699
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 13 / 03 / 1986.
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3136239352
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Kilometro 1

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Candilena Reyes Ponce
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: ____ Número: 45579916 Teléfono / celular: 3106531036
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser

| Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas) |
| --- |
| Solicitud valoracion por medico oftalmólogo |

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

**FORMATO DE CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD**
**SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD**
**Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados del Departamento de Bolívar. ANEXO TECNICO Nº 14**

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

Nombres y Apellidos: John Erick Ponce Diaz.
Tipo documento: CC Número Documento: 1043843699
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 15 / 03 / 1986
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3136239352 / 3106531656.
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Kilometro 1 - Carmen de Bolivar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Candelaria Reyes Ponce.
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: ____ Número: 45579416 Teléfono / celular: 3106531056
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser.

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

Edad de ingreso al registro de Localización y caracterización de personas con discapacidad. (RLCPD).

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: Ubardo Herrera Pérez
Tipo documento: CC Número Documento: 73545210
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 24 / 08 / 1961
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3105672313
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Munto de Dios. 1era Etapa

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Karly Herrera Morante.
Relación/Parentesco con el NNA: Hija Identificación. Tipo documento: ____ Número: 1052086167 Teléfono / celular: 3105692313
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser

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

Solicitud de ayuda técnica: Bastón blanco.

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Aldair Miranda Torres
Tipo documento: CC Número Documento: 1052092163
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 09 / 12 / 1995.
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3226881493
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio los mangos - Carmen de Bolivar.

**Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:**
Nancy Torres Meza
Relación/Parentesco con el NNA: Madre. Identificación. Tipo documento: ____ Número: 45577380 Teléfono / celular: 3215446410
Fecha de remisión:( DD / MM / AAAA): ____/____/____
Institución a la cual se remite: Mutual Ser

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

Solicita apoyo técnico auditivo.

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Sonia Reyes Ponce.

Tipo de documento: CC Número de documento: 45647572 Fecha de Nacimiento: 03/01/1973

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3105214221 / 3137271166

Dirección-Municipio/Barrio: El carmen de Bolívar / Barrio Kilometro 1.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: N/A.

Ocupación del beneficiario: Oficios Varios.

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. 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 [ ] No [X]

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [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 [ ] Hijos [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes _____

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

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de 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 evidencia dificultades en la compresión y realización de actividades cotidianas complejas o de alta demanda.

VIII. Recomendaciones

Fortalecer la estimulación cognitiva, el desarrollo de habilidades adaptativas y la participación en actividades inclusivas.

Nombre del beneficiario: Sanfe Reyes Ponce.
No. Cedula: 45647592.
Firma: _____

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143928103
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: Miguel Pinilla Mercado

Tipo de documento: CC Número de documento: 7354850 Fecha de Nacimiento: 16/07/1963

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3017044350

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Buenos Aires / El Carmen de Bolivar

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

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

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

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

**Nivel de escolaridad del beneficiario:** _____

**Ocupación del beneficiario:** Desempleado.

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

**Categoría de discapacidad:**

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

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

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

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

**En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:**

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

**El beneficiario con discapacidad:**

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [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 [ ] Padres [ ] Hijos [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 2 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de 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. [X] 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

Se observa que la persona presenta limitaciones significativas en su movilidad que impactan en el desarrollo de sus actividades cotidianas, requiriendo apoyo parcial o total de su cuidador.

VIII. Recomendaciones

Fortalecer el acceso a ayudas técnicas, Pautas para el desarrollo de habilidades adaptativas Fortalecimiento de redes de apoyo.

Nombre del beneficiario: Miguel Anilla Honcada
No. Cedula: 7354865
Firma: _____

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Patricia Ortega
Cédula: 1143412037
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: Teresa Melendez Valdez.

Tipo de documento: CC Número de documento: 33284949 Fecha de Nacimiento: 29/04/1965

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3126102097

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Villa Maria / El carmen de Bolivar.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☑

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☑ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: Básica primaria

Ocupación del beneficiario: Casa de familia.

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☑ No ☐

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

Cuántas Personas conforman el hogar 6 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 2

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

Se identifica que el cuidador busca brindar apoyo emocional y establecer un ambiente de respeto. Refiere incertidumbre sobre el manejo de algunas situaciones.

VIII. Recomendaciones

Reforzar estrategias para el manejo de crisis, fomentar la comprensión y el respeto. Evitar la sobreprotección y promover el autocuidado del cuidador.

Nombre del beneficiario: Teresa Melendrez
No. Cedula: 33284949
Firma: Teresa Melendrez

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: Carlos Andrés Alvarez Melendez.

Tipo de documento: CC Número de documento: 1007139749 Fecha de Nacimiento: 19/07/2003

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3126102097

Dirección-Municipio/Barrio: El Carmen de Bolivar / Barrio Villa María.

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
- ○ 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 Nefrología

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 Hermanos

Cuántas Personas conforman el hogar 6 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Presenta ocasionalmente dificultades en la regulación emocional y social.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Carlos Álvarez Hernández
No. Cedula: 1006139740
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143948103
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: Yoser de Jesús Salgado Hernandez.

Tipo de documento: CC Número de documento: 1052082283 Fecha de Nacimiento 03/04/1991

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3107446225

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Villa María

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado [ ] Régimen contributivo [X] 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 [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 [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 [ ] 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 3 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

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. [X] 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

Presenta algunas dificultades en la regulación emocional e interacciones sociales.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Josa Salgado Hernandez.
No. Cedula: 1052082283
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: Angelica Torregroza Yepes.

Tipo de documento: CC Número de documento: 1052083121 Fecha de Nacimiento: _____

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3205791155

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Primero de Mayo.

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☑

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

Régimen subsidiado ☑ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

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

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

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

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

**Tipo de vivienda:**

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

**Condición de posesión de la vivienda:**

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

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

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [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 [x] Culeres Hermanos.

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

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario o algún miembro de la familia asiste a:

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

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si [ ] No [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 importantes que aumentan su dependencia, en especial frente a actividades o situaciones de alta demanda o complejidad.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Angélica Tarregloza Yepes
No. Cedula: 1052083121
Firma:



Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143421200
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: Carmen Romero Ortega.

Tipo de documento: CC Número de documento: 64891724 Fecha de Nacimiento: 09/08/1970

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3103515?1

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Buenos Aires/ El Carmen de Bolívar

Fecha de diligenciamiento: ____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál ____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

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

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

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

**Ocupación del beneficiario:** Ama de Casa.

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

**Categoría de discapacidad:**

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☒

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. 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
- Ø Requiere Terapia y/o Rehabilitación
- ○ Requiere atención en salud actualmente
- Ø Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente
- Ø Cuenta con la ayuda técnica y/o producto de apoyo actualmente
- Ø Recibe atención en salud actualmente
- Ø Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [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 [ ] Rio [ ] Pozo [ ]

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

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

Otros [ ] Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

Esposo(a) y/o compañero (a) [X] Esposo(a) y/o Compañero(a) e hijos [ ] Padres [ ] Hijos [ ] 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. [X] 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 cuidador asume un rol activo en el apoyo diario, mostrando preocupación por el bienestar físico de la persona y su propia salud ante la carga del cuidado.

VIII. Recomendaciones

Fomentar la autonomía de la persona con discapacidad por medio de estrategias, recibir orientación en movilización segura. Fortalecer el autocuidado del propio cuidador.

Nombre del beneficiario: Carmen Romero Ortega
No. Cedula: 64691724
Firma: Carmen Romero Ortega

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

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: John Erick Ponce Diaz.

Tipo de documento: CC Número de documento: 1043843699 Fecha de Nacimiento: 15/03/1986

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3136239352 / 3106531656.

Dirección-Municipio/Barrio: Kilometro 1 - Carmen de Bolivar.

Fecha de diligenciamiento: ____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☑ Otro ☐ Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☑

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☑ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: Bachiller.

Ocupación del beneficiario: Oficios Varios.

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☑

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

**Tipo de vivienda:**

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

**Condición de posesión de la vivienda:**

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

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

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

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

Ocupación de los miembros del hogar: comerciante

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de 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 dificilestar sentado/a quieto/a. | | |
| Enfadarse o irritarse con facilidad. | | |
| Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder | | |
| Poco interés o placer en hacer las cosas. | | |
| Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza | | |
| Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado | | |
| Sentirse cansado o con poca energía | | |
| Falta de apetito o comer en exceso | | |
| Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión | | |

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

Presenta algunas limitaciones, no obstante no repercuten significativamente en el desarrollo de sus actividades diarias.

VIII. Recomendaciones

Fortalecer redes de apoyo comunitario.

Nombre del beneficiario: John Ponce Diaz
No. Cedula: 1043843699
Firma: John Enc ponce Diaz.

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Lucia Ortega.
Cédula: 1143963203
Firma: Laura Lucia 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: Candelaria de Jesús Reyes Ponce.

Tipo de documento: CC Número de documento: 45579416 Fecha de Nacimiento: 11/01/1970

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3106531056

Dirección-Municipio/Barrio: El Carmen de Bolívar, Barrio Kilometro 1.

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: No Básica primaria

Ocupación del beneficiario: Comerciante.

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☒

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

1. Falta de dinero para trasporte
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 [X] Recolección de Basuras [X] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes _____

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

Ocupación de los miembros del hogar: Comerciante.

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

El cuidador desempeña un rol activo en el acompañamiento de la persona con discapacidad, pese a ser de alto funcionamiento, ocasionalmente requiere demanda.

VIII. Recomendaciones

Acceder a apoyo interdisciplinario buscar redes de apoyo comunitario valorar ayudas técnicas y fortalecer espacios de autocuidado para el cuidador.

Nombre del beneficiario: Candelaria Reyes.
No. Cedula: 43579416
Firma: Candelaria Reyes porca

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Ruiz Ortega
Cédula: 1143402103
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: Jaime Andres Reyes Pona.

Tipo de documento: TI Número de documento: 1030280964 Fecha de Nacimiento: 27/02/2012

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: _____

Dirección-Municipio/Barrio: Barno Kilometro 1

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

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

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

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: _____

Ocupación del beneficiario: Estudiante

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

Categoria de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por 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 atendón está en lugar distinto al de su residencia
5. Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natura [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 2 Cuantas tienen discapacidad 2 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de 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

Dificultades en la comprensión y realización de actividades complejas o de alta demanda.

VIII. Recomendaciones

Fortalecer la estimulación cognitiva, el desarrollo de habilidades adaptativas y la participación de actividades inclusivas.

Nombre del beneficiario: Jaime Reyes Ponce.
No. Cedula: 1050280964
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1148412603
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: Keily Herrera Morante

Tipo de documento: CC Número de documento: 1052086167 Fecha de Nacimiento: 24/04/1993

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3105672313

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Minuto de Dios.

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: Comerciante / 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:

Ø Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente

Ø Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo

○ Requiere Terapia y/o Rehabilitación

○ Requiere atención en salud actualmente

○ Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente

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

○ Recibe atención en salud actualmente

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

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

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

**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 ☐ Otro, 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 [X] Calles [X] Andenes [X] Parques [X] Transporte [X] Hospital [X] Ninguno [ ]

Otros [ ] Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes _____

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

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de 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 cuidador ofrece apoyo en la movilidad, orientación espacial y actividades que requieren supervisión.

VIII. Recomendaciones

Reforzar el uso de apoyos como bastón blanco, u otras ayudas técnicas, Promover estrategias de orientación y movilidad segura.

Nombre del beneficiario: Kely Herrera.
No. Cedula: 1052086467
Firma: Kely Herrera Morante.

Profesional ESE Hospital de Manatí:
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: Gbardo Antonio Herrera Perez

Tipo de documento: CC Número de documento: 7354510 Fecha de Nacimiento: 24/08/1961

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3105672313

Dirección-Municipio/Barrio: Minuto de Dios 1era Etapa.

Fecha de diligenciamiento: _____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Bachiller academico.

Ocupación del beneficiario: N/A.

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

Ø Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente

Ø Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo

O Requiere Terapia y/o Rehabilitación

O Requiere atención en salud actualmente

O Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente

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

O Recibe atención en salud actualmente

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

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

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

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 Nieta

Cuántas Personas conforman el hogar 6 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
1. 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 e 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 dificilestar sentado/a quieto/a. | | ✓ |
| Enfadarse o irritarse con facilidad. | ✓ | |
| Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder | | ✓ |
| Poco interés o placer en hacer las cosas. | ✓ | |
| Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza | ✓ | |
| Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado | | ✓ |
| Sentirse cansado o con poca energía | ✓ | |
| Falta de apetito o comer en exceso | | ✓ |
| Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión | ✓ | |

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona presenta limitaciones en la visión que impactan su movilidad, e interacción con el entorno.

VIII. Recomendaciones

Promover el uso de ayudas como bastón blanco. Acudir a grupos de apoyo. fortalecer estrategias de orientación y movilidad segura.

Nombre del beneficiario: Libardo Herrera Pérez.
No. Cedula: 73545210.
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143942103
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: Yurlera Viloria Caro

Tipo de documento: CC Número de documento: 45646550 Fecha de Nacimiento: 02/12/1980

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3235298739

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: 3ro de primaria

Ocupación del beneficiario: Ama de Casa

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☐

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [ ] Arrendada [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 [ ] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

El cuidador desempeña un rol fundamental en el acompañamiento y refiere altos niveles de demanda en el cuidado diario.

VIII. Recomendaciones

Acceda a apoyo interdisciplinario, buscar redes de apoyo comunitario, valorar ayudas técnicas y fortalecer espacios de autocuidado para el cuidador.

Nombre del beneficiario: Yulena Vilora.
No. Cedula:
Firma: Yilena Vilora.

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143942103.
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. **Datos del beneficiario:**

Nombres y apellidos: María José Mejía Viloria.

Tipo de documento: CC Número de documento: 1002343553 Fecha de Nacimiento: 04/08/2000

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3235298739

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 [ ] Indigena [ ] Palenquero [ ] Raizal [ ] Rrom/Gitano [ ]

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

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

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

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

**Ocupación del beneficiario:** N/A.

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

**Categoría de discapacidad:**

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

¿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:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [ ] Arrendada [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 [ ] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes _____

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

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

La persona con discapacidad presenta multiples limitacions que aumentan su dependencia de forma permanente.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: María José Mejía
No. Cedula: 1002343883.
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: Ivesa Gonzalez Marmol

Tipo de documento: RC Número de documento: 1675966626 Fecha de Nacimiento: 06/08/2021

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3145121773.

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Kilometro 1.

Fecha de diligenciamiento: _____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

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

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

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

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

**Ocupación del beneficiario:** N/A

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

**Categoría de discapacidad:**

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente

Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo

Requiere Terapia y/o Rehabilitación

Requiere atención en salud actualmente

Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente

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

Recibe atención en salud actualmente

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

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

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

**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 Abuelo, hermanos.

Cuántas Personas conforman el hogar 9 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 0

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

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 con discapacidad presenta limitaciones que aumentan su dependencia.

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Loera Gonzalez Manuel
No. Cedula: 16796626
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143412623
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: Rosa Gonzalez Marmol

Tipo de documento: CC Número de documento: 1002940854 Fecha de Nacimiento: 12/06/1985

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3145121773

Dirección-Municipio/Barrio: Kilometro 1

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:** Ama de Casa.

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

**Categoría de discapacidad:**

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

6 Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente

Ø Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo

O Requiere Terapia y/o Rehabilitación

Ø Requiere atención en salud actualmente

Ø Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente

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

Ø Recibe atención en salud actualmente

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales _____

## III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes _____

Cuántas Personas conforman el hogar 9 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo 1

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

| En las últimas 2 semanas, se ha sentido molesto por los siguientes problemas | SI | NO |
|---|---|---|
| Sentirse nervioso, ansioso o al límite | | ✓ |
| Preocuparse demasiado por diferentes cosas | | ✓ |
| Tener dificultad para relajarse. | | ✓ |
| Estar tan inquieto que le resulte difícilestar sentado/a quieto/a. | | ✓ |
| Enfadarse o irritarse con facilidad. | | ✓ |
| Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder | | ✓ |
| Poco interés o placer en hacer las cosas. | | ✓ |
| Sentirse deca'do, 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 cuidador desempeña un rol fundamental en el acompañamiento y refiere altos niveles de demanda en el cuidado diario.

VIII. Recomendaciones

Acceder a apoyo interdisciplinario, buscar redes de apoyo comunitario, valorar ayudas técnicas y fortalecer espacio de autocuidado para el cuidador.

Nombre del beneficiario: Rosa Gonzalez.
No. Cedula: 1002440857.
Firma: Rosa Gonzalez Ramos

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincon Ortega.
Cédula: 1193402103
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: Jandis Yepes Gonzales

Tipo de documento: CC Número de documento: 33286569 Fecha de Nacimiento: 12/07/1965

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3205791155

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Primero de Mayo.

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: Ama de casa

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☒ No ☐

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

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

**En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:**

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

**El beneficiario con discapacidad:**

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [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 [ ] Hijos [x] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes _____

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

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de 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

El cuidador desempeña un rol fundamental en el acompañamiento, en especial para actividades de alta complejidad o demanda.

VIII. Recomendaciones

Acceder a apoyo interdisciplinario, buscar redes de apoyo comunitario, fortalecer espacios de autocuidado para el cuidador.

Nombre del beneficiario: Yandis Yepes Gonzalez
No. Cedula: 33286369
Firma: Yandis Yepes Gonzalez

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega
Cédula: 1143172103
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: Aldair Miranda Torres

Tipo de documento: CC Número de documento: 1052092163 Fecha de Nacimiento: 07/12/1995

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3226881493.

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Los mangos.

Fecha de diligenciamiento:

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Básica Primaria

Ocupación del beneficiario: Independiente

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

Categoria de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [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 [ ] 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 [ ] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [X] Quienes Tios, Sobrinos

Cuántas Personas conforman el hogar 11 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 [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 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: Aldair Miranda
No. Cedula: 1052092163.
Firma: Aldair Miranda

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Pinzón Ortega.
Cédula: 1143442403
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: Juan de Jesús Salgado Gómez.

Tipo de documento: CC Número de documento: 9113965 Fecha de Nacimiento: 10/04/1952

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3107446225.

Dirección-Municipio/Barrio: Barrio Villa María.

Fecha de diligenciamiento: ____

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☑

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

Régimen subsidiado ☐ Régimen contributivo ☑ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

Nivel de escolaridad del beneficiario: N/A.

Ocupación del beneficiario: Independiente

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☑ No ☐

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. 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 ceso de requerir o recibir rehabilitación el beneficiario, por favor señale de que tipo se le ordenó:

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: _____

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

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [ ] 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 [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 [ ] Hijos [X] Solo [ ] Amigos [ ]

Otro [ ] Quienes _____

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

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

1. Renta Ciudadana (Familias en acción)
2. Auxilio adulto mayor
3. Devolución de IVA
4. Renta Diaria (Ingreso solidario)
5. Programas de ICBF
6. Programas de vivienda
7. Programas de 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 [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

Busca brindar apoyo emocional y establecer un ambiente de respeto y autonomía.

VIII. Recomendaciones

Reforzar estrategias para el manejo de crisis, fomentar la comprensión, evitar la sobreprotección y promover el autocuidado del cuidador.

Nombre del beneficiario: Juan Salgado Gómez.
No. Cedula: 9113965.
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: Disney Reyes Ponce

Tipo de documento: CC Número de documento: 45647092 Fecha de Nacimiento: 23/04/1977

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3105214221

Dirección-Municipio/Barrio: Barno Kilometro 1

Fecha de diligenciamiento: ____

**Tipo de beneficiario:**

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál ____

**Grupo Étnico del beneficiario:**

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☑

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

Régimen subsidiado ☑ Régimen contributivo ☐ Régimen especial ☐ No afiliado ☐

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

**Ocupación del beneficiario:** Comerciante.

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

**Categoría de discapacidad:**

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☑ No ☐

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

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

**En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:**

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

**El beneficiario con discapacidad:**

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

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 [X]

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

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

_____

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

**Tipo de vivienda:**

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

**Condición de posesión de la vivienda:**

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

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

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [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 [ ] Anderes [ ] 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 2 Cuantas personas tiene a cargo 2

Ocupación de los miembros del hogar: _____

## IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario o algún miembro de la familia asiste a:

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

El beneficiario y/o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad: Si [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 cuidador brinda acompañamiento oportuno, facilita la comprensión y ejecución de actividades de alta demanda.

VIII. Recomendaciones

Implementar rutinas claras, reforzar positivamente, acceder a capacitación en estimulación cognitiva y habilidades adaptativas.

Nombre del beneficiario: Disney Reyes Ponce
No. Cedula: 45697092.
Firma: Disney Reys Ponce

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Laura Rincón Ortega.
Cédula: 1143962103.
Firma: Laura Rincon