GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD



MUNICIPIO DE ACHI

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

Mahates Bolívar, 17 de agosto de 2025.

Doctor (a): Ana Martinez Acuña
Secretario (a) de Salud Municipal
Municipio de: Achi

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

Cordial Saludo y Éxitos en sus labores diarias,

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

Adjunto a esta misiva una carpeta con el siguiente contenido:

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

Atentamente,

Asesor (a) ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES
Nombre: Angelica Mendoza C
Teléfono: 3207341479
Cargo: Prof. Especializada RBC

CERTIFICACIÓN DE RECIBIDO

NOMBRE: Ana Martinez
CARGO: Secretaria de Salud
TEL/CEL: 3205205901
FIRMA :
FECHA: 17-08-2025

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: Diagnostico Rápido y participativo DRP

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

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 18-08-25 **HORA:** _____

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	Ana E. Castro	1046401601	34	M	F	H+		2	0	0	N EPS	3207934183	NO	Ana castro
2	Alvaro Noya F.	9136114	69	H	M	H+	X	2	0	0	Coosalud	3105516151	NO	No firmo
3	yuranis Noya M	1046001354	36	M.	F	H+		2	0	0	Coosalud	3103516151	NO	Yuranis Noya
4	Edita Caña D.	22799179	57	M	F	H+		2	0	0	N EPS	3235181481	NO	Edita caña
5	Neris Benitez	22796978	53	M	F	H+	X	2	0	0	N EPS	3126701030	NO	Neris Benitez
6	Nicolas Ramos D.	19788753	57	H	M	H+	X	2	0	0	Coosalud	3157606100	NO	Vigotas
7	Eleydis Ramos.	22797510	51	M	F	H+		2	0	0	NO	3157606100	NO	Eleidy Ramos
8	Alida Vanegas	22797168	53	M.	F	H+	X	2	0	0	Mutual S	3128559621	NO	Alida VS
9	Candelaria Garcia	22815836	50	M	F	H+	X	2	0	0	Mutual S	3157207644	NO	Candelazio
10	Yamile Rojas G	22797168	67	M	F	H+	X	2	0	0	Coosalud	3102773086	NO	Yamile M J R S
11	Claudia Arrieta L	22797515	65	M	F	H+		2	0	0	Coosalud	3135983146	NO	Claudia A L
12	Maria lopez J	19790910	42	M	F	H+	X	2	0	0	Mutual S	3114019086	NO	No firma
13	Edison Arrieta L	2279662	61	H	M	H+	X	2	0	0	Mutual S	3114019086	NO	Edinson Arrieta L
14	Luz Norfis Nuñez	22815679	58	M	F	H+	X	2	0	0	Mutual S	3117877003	NO	Luis Mot-1
15	Alberto Arrieta	3803291	75	H	M.	H+		2	0	0	N. EPS	3114019086	NO	No firma

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: Diagnostico Rápido y participativo DRP

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

MUNICIPIO: Achí **FECHA:** 18-08-25 **HORA:**

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	yeiro Bolhorquez	1002[illegible]8075	30	H	M	Ht	x	2	0	0	Cosalud	3218077126	NO	Yeiro B.B.
2	Luis Meza A	19788450	40	H	M	Ht	x	2	0	0	N. Eps	3103781469	NO	x Luis Meza
3	Julio lopez	19791088	44	H	M	Ht	x	2	0	0	Mutua	3108781460	NO	No firma
4	Edilberto Montes	19798350	70	H	M	Ht	x	2	0	0	Mutua	NO	NO	No firma
5	yorlis taborda F	1046400793	35	M	F	Ht	x	2	0	0	Mutua	3043090193	NO	x yorlis taborda
6	Frankin lopez	3865564	65	H	M	Ht	x	2	0	0	Cosalud	3226002148	NO	No firma
7	Pagoberto Martinez	72192461	52	H	M	Ht	x	2	0	0	Cosalud	3120877 65	NO	x
8	Ortencia Ruiz	22815512	47	H	M	Ht	x	2	0	0	Cosalud	322 5687994	NO	
9	Edith Reales.	22795512	66	M	F	Ht		2	0	0	Sura	3014825442	NO	x Edith Reales Ynigo
10	yerson lopez	19789299	55	M	F	Ht		2	0	0	mutual	3003831819	NO	x Yerson. LoPez
11	Reinaldo Polanco	9195661	48	H	M	Ht	x	2	0	0	Cosalud	3013363491	NO	x
12	Alix Cardona	22796614	35	H	M	Ht	x	2	0	0	N. Eps	3242984462	NO	x Alix cardona
13	Riderinsinanis	1046405120	30	M	[illegible]	Ht	x	2	0	0	N. Eps	3242984462	NO	x
14	Jose Zuniga	19790887	41	H	M	Ht		2	0	0	N. Eps	3206627424	NO	x
15	yenis Ruiz G.	2276879	61	M	F	Ht		2	0	0	Nutual	3126225550	NO	x Yeny Ruiz

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Diagnostico Rápido Y Participativo. DRP

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

MUNICIPIO: Achí **FECHA:** 18-08-25

HORA:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	yeiro Bolorquez	1002848075	30	H	M	Ht	x	2	0	0	Coosalud	3218077126	NO	Yeiro B.B.
2	Luiz Meza A.	19791088	40	H	M	Ht	x	2	0	0	N. Eps	3103781469	NO	x Luis Meza
3	Julio lopez t.	19788450	44	H	M	Ht	x	2	0	0	Mutual	3109791410	NO	No firma
4	Edilberto Montes	19788350	70	H	M	Ht	x	2	0	0	Mutual	NO	NO	NO firma
5	yorlis taborda F	1046400793	35	M	M	Ht	x	2	0	0	Mutual	3043090143	NO	x yorlis taborda
6	Franklin lopez	3805564	65	H	M	Ht	x	2	0	0	Coosalud	3126002141	NO	NO firma
7	Dagoberto Martinez	72924561	52	H	M	Ht	x	2	0	0	Coosalud	3126877165	NO	x [illegible]
8	Orlineia Ruiz	22815512	47	M	f	Ht	x	2	0	0	Coosalud	322568799	NO	[illegible]
9	Edith Reales.	22795851 2	66	M	f	Ht		2	0	0	Sura	322568797	NO	[illegible]
10	yerson lopez	19789299	65	H	M	Ht		2	0	0	Mutual	3014825442	NO	x yerson lopez
11	Reinaldo Pabuco	9195661	48	H	M	Ht	x	2	0	0	Coosalud	3003831817	NO	x [illegible]
12	Alix cardona	22796641	35	M	f	Ht	x	2	0	0	N. Eps	3013364391	NO	x Alix cardona
13	Ridiribsinais	1046405120	30	H	M	Ht	x	2	0	0	N. Eps	3242984462	NO	x [illegible]
14	Jose Zuniga	19790887	41	H	M	Ht		2	0	0	N. Eps	3206627424	NO	x [illegible]
15	yenis Roz G.	22768 79	61	M	f	Ht		2	0	0	Mutual	3126225 50	NO	x yeni Roz

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: Técnicas y Herramientas de RBC

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

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 18-08-25 **HORA:**

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	Yeiro Bohorquez	1002848075	30	H	M	HT	X	2	0	0	Coosalud	321807 7176	NO	Yeiro B.B.
2	Luz Meza A.	19791088	40	H	M	HT	X	2	0	0	N. EPS	310378 1469	NO	X Luz Meza
3	Julio lopez t	19788450	44	H	M	HT	X	2	0	0	Mutual	310878 1410	NO	No firma
4	Edilberto Montes	19788350	70	H	M	HT	X	2	0	0	Mutual	NO	NO	No firma
5	yorlis taborda	1046400793	35	M	F	HT	X	2	0	0	mutual	304 3090143	NO	X YORLIS taborda
6	Frankin lopez	3805564	65	H	M	HT	X	2	0	0	Coosalud	312600 2148	NO	No firma
7	Dagoberto Martinez	72192456 1	52	H	M	HT	X	2	0	0	Coosalud	312687765	NO	X
8	Ortencia Ruiz	22615512	47	M	F	HT	X	2	0	0	Coosalud	322568 799	NO	
9	Edith Riales.	22795512	66	M	F	HT		2	0	0	Sura	322568799	NO	
10	Yerson lopez	19784 299	55	H	M	HT		2	0	0	Mutual	3014823442	NO	Yerson. LOPEZ
11	Reinaldo Polanco	919 3661	48	H	M	HT	X	2	0	0	Coosalud	300783 1817	NO	X
12	Alix Cardona	22796641	35	M	F	HT	X	2	0	0	N. EPS	3013364391	No	X Alix cardona
13	Riderinsinares	1046405120	30	H	M	HT	X	2	0	0	N. EPS	324 298 4467	NO	X
14	Jose Zuñiga	19790887	41	H	M	HT		2	0	0	N. EPS	320 6217424	NO	X
15	Yenis RAZ C.	2276579	61	M	M	HT		2	0	0	Mutual	312622550	NO	X Yeni Raz

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: Técnicas y Herramientas de RBC

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

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 18-08-25 **HORA:** _____

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	Ana E Castro	1046016011	34	M	F	Ht		2	0	NO	N.EPS	3207935411	NO	Ana Castro
2	Alvaro Noya	9136114	69	H	M	Ht	x	2	0	NO	coosalud	3103516151	NO	No firma
3	yuranis Noya	1046400154	36	M	F	Ht		2	0	NO	Coosalud	3103516151	NO	x Yuranis Noya
4	Edita Caña	22799179	57	M	F	Ht		2	0	NO	N.EPS	3235781481	NO	x Edita caña
5	Neris Benitez	22796078	53	M	F	Ht	x	2	0	NO	N.EPS	3126702000	NO	x Neris Benitez
6	Nicolas Ramos	19788753	53	H	M	Ht	x	2	0	NO	Coosalud	3157606100	NO	Nicolas
7	Aleida vanegas	22797510	51	M	F	Ht		2	0	NO	NO	3157606100	NO	x Aleida Us
8	Eleidys Ramos	22797168	50	M	F	Ht	x	2	0	NO	Mutuals	3128559621	NO	x Eleidy Ramos
9	Candelaria Garcia	22796099	67	M	F	Ht	x	2	0	NO	Mutuals	3157201644	NO	x Candelaria
10	Yamiles Rojas	22797026	50	M	F	Ht	x	2	0	NO	coosalud	3135788146	NO	x YOMIRS
11	Claudia Arrieta	22797836	65	M	F	Ht	x	2	0	NO	Coosalud	3114019086	NO	Claudia Ar
12	Maria lopez	22796815	53	M	F	Ht		2	0	NO	Mutual	3114019086	NO	No firma
13	Edinson Arrieta	19790910	42	H	M	Ht	x	2	0	NO	Mutual	3202773086	NO	Edinson Arrieta
14	Luz Noris Nuñez	22815679	58	M	F	Ht	x	2	0	NO	M EPS	3117897073	NO	x LUS NOF
15	Alberto Arrieta	3803291	74	H	M	Ht		2	0	NO	Mutuals	3114019086	NO	No firma

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Tecnicas y Herramientas de RBC.

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

MUNICIPIO: Achí **FECHA:** 18-08-25

HORA:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	Yeiro Bohorquez	1002848075	30	H	M	Ht	X	2	0	0	Coosalud	3118074126	NO	Yeiro B.B.
2	Luis Meza A.	19791088	46	H	M	Ht	X	2	0	0	N. Eps	3103781469	NO	X Luis Meza
3	Julio lopez t	19788450	44	H	M	Ht	X	2	0	0	Mutual	3108781410	NO	No firma
4	Edilberto Montes	19788350	70	H	M	Ht	X	2	0	0	Mutual	NO	NO	NO firma
5	yorlis taborda	1046400793	35	M	F	Ht	X	2	0	0	Mutual	3043090143	NO	*YORLIS taborda
6	Frankin Lopez.	3805564	65	H	M	Ht	X	2	0	0	Coosalud	3126002148	NO	NO firma
7	Dagoberto Martinez	7219245G1	52	H	M	Ht	X	2	0	0	Coosalud	3126087765	NO	X
8	Ortencia Ruiz.	22815517	47	H	M	Ht	X	2	0	0	Coosalud	3225687799	NO	
9	Edith. Rivas	22795851?	66	M	F	Ht		2	0	0	Sura	3225687799	NO	*Edith Rivas Yepes
10	Yerson lopez.	19789299	55	M	F	Ht	X	2	0	0	mutual	3014625442	NO	X Yerson Lopez
11	Reinaldo Polanco	9195061	48	H	M	Ht	X	2	0	0	Coosalud	3003831817	NO	X
12	Ricardo Pinanas.	22796641	35	H	M	Ht	X	2	0	0	N. Eps	3015366431	NO	X
13	Alex Cardona	1046465120	36	H	M	Ht		2	0	0	N. Eps	3242984462	NO	*Alex cardona
14	Jose Zuñiga	19790887	41	M	F	Ht		2	0	0	N. Eps	3206624424	NO	X
15	yenis Doz6.	22706879	61	M	F	Ht		2	0	0	Mutual	3176225550	NO	X

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Tecnicas y Herramientas de RBC.

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

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 18-08-25

HORA:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	Ana E Castro	1046401601	34	M	F	H+		2	0	0	N.EPS	3207933411	NO	x Ana Castro
2	Alvaro Noya	9136114	69	H	M	H+	X	2	0	0	Coosalud	310 3571615	NO	No firma
3	yaranis Noya	1046 <100154	36	M	F	H+		2	0	0	Coosalud	3103576151	NO	x Yaranis Noya
4	Edita Cañas D	22799 179	57	M	F	H+		2	0	0	N.EPS	3235781481	NO	x Edita Cañas
5	Nelis Benitez	22796978	53	M	F	H+	X	2	0	0	N.EPS	3126702050	NO	x Nelis Benitez
6	Nicolas Ramos	1978753	57	H	M	H+	X	2	0	0	Coosalud	3117606100	NO	Nicolas
7	Eleidys Ramos	22797510	51	M	F	H+		2	0	0	No	3117606100	NO	x Eleidy Ramos
8	Aleida Vargas	22797168	53	M	F	H+	X	2	0	0	Mutuals	3128559611	NO	x Aleida VS
9	Candelaria Garcia	22815836	50	M	F	H+	X	2	0	0	Mutuals	3157207644	NO	x Candelario
10	yamile Rojas	22797515	67	M	F	H+	X	2	0	0	Coosalud	3202773086	NO	x Yamile RS
11	Claudia Arieta	22797026	65	M	F	H+		2	0	0	Coosalud	3135988146	NO	x Claudia AL
12	Maria Lopez	22797662	42	M	F	H+	X	2	0	0	Mutuals	3114019086	NO	No Firma
13	Edinson Arieta	19790910	61	H	M	H+	X	2	0	0	Mutuals	3114019086	NO	Edinson Arieta
14	Luz Nerys Nuñez	22815679	58	M	F	H+	X	2	0	0	N. EPS	3178577073	NO	x Luz Nerys Nuñez
15	Alberto Arieta	3803291	75	H	M	H+		2	0	0	Mutuals	3114019086	NO	No firma

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Diagnostico Rápido Y Participativo. DRP

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

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 18-08-25

HORA:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	Ana E Castro	1046401601	34	M	F	H+		2	0	NO	N.EPS	3207935411	NO	Ana castro
2	Alvaro Noya F	9136114	69	H	M	H+	X	2	0	NO	coosalud	3103516151	NO	NO
3	yuranis Noya M.	1046000154	36	M	F	H+		2	0	NO	coosalud	3103516151	NO	X Yuranis Noya
4	Edita Caña D.	22799179	57	M	F	H+		2	0	NO	NEPS.	3235181981	NO	x Edita Caña
5	Neris Benitez	22796978	53	M	F	H+	X	2	0	NO	N.EPS	3126702080	NO	x Neris Benitez
6	Nicolas Ramos.	1978763	57	M	F	H+	X	2	0	NO	coosalud	3157606100	NO	Nicolas
7	Eleidys Ramos	22797510	51	M	F	H+		2	0	NO	NO	3157606100	NO	x Eleidy Ramos
8	Aleida Vanegas.	22797168	53	M	F	H+	X	2	0	NO	Mutuals	3128359621	NO	x Aleida Us
9	Candelaria garcia	22815836	50	M	F	H+	X	2	0	NO	Mutuals	3157207644	NO	x Candelaria
10	yamile Rojas	22797163	67	M	F	H+	X	2	0	NO	coosalud	3202773086	NO	X Yamiles
11	Claudia Arrieta	22797515	50	M	F	H+		2	0	NO	coosalud	3155989146	NO	Claudia AL
12	Maria lopez	19790910	66	M	F	H+	X	2	0	NO	Mutual	3114019086	NO	No Firma
13	Edinson Arrieta	22797662	42	H	M	H+	X	2	0	NO	Mutual	3114019086	NO	Edinson Arrieta
14	Luz Nerys Nuñez	22815679	50	M	F	H+		2	0	NO	N.EPS	3117897073	NO	x Luz Nerys N
15	Alberto Arrieta	38 03 291	74	H	M	H+	X	2	0	NO	Mutual	3114019086	NO	No Firmo

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 BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: **Conocimientos y Practicas de las técnicas y herramientas de la 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: Achí **FECHA:** 15-09-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Correeo Electronico	Firma
1	Yeon Luth Gutierrez	22796262	61	M	F	HT		2	0	0	Mutual	3126222350	NO	
2	Yeiro Bohorquez Blanco	1002048075	30	H	M	HT	X	2	0	0	Coosalud	3212807126	NO	Yeiro B B.
3	Luis Mario Arrieta	19791080	40	H	M	HT	X	2	0	0	N. EPS	3117903553	NO	Luis Mario
4	Jose Lopez Tovar	19790450	44	H	M	HT	✓	2	0	0	Mutual	3103781469	NO	NO firmo
5	Edimberto Montero	19788350	70	H	M	HT	X	2	0	0	Mutual	NO	NO	NO firmo
6	Yolys Taborda Flores	1046400193	25	M	F	HT	X	2	0	0	N. EPS	3043090143	NO	Yolys Taborda
7	Franklin Lopez Crespo	3803564	65	H	M	HT	X	2	0	0	Coosalud	3126008341	NO	NO Firmo
8	Dagoberto Martinez	72192456	52	H	M	HT	X	2	0	0	Coosalud	3126837665	NO	
9	Alix Cardona Santa	22796641	55	M	F	HT		2	0	0	N. EPS	3013364391	NO	Alix Cardona S.
10	Ostonaida Ruiz Realo	22815512	47	M	F	HT	X	2	0	0	Coosalud	3213687999	NO	
11	Edith Realo Noriega	22795854	66	M	F	HT	X	2	0	0	Sura	3213687999	NO	Edith Realo Noriega
12	Reinaldo Polanco	9 095661	48	H	M	HT	✓	2	0	0	Coosalud	3005831817	NO	
13	Rider Insignares	1046405120	30	H	M	HT	X	2	0	0	Nueva EPS	3242984462	NO	
14	Jose Zuñiga Polanco	19790887	41	H	M	HT		2	0	0	N. EPS	3206627424	NO	
15	Yerson Lopez Crespo	19788299	55	H	M	HT	X	2	0	0	Mutual	3014825442	NO	Yerson. LoPez

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: **Conocimientos y Practicas de las técnicas y herramientas de la 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: Achí **FECHA:** 15-Sept-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Correo Electronico	Firma
1	Ana Elvira Cortio B.	1046401601	34	M	F	HT		7	0	0	N. Eps	3207935418	NO	Ana Castro
2	Alvaro Noya flores	9136114	69	H	M	HT	X	7	0	0	coosalud	3103516151	NO	NO firma
3	Yuranis Noya Mejia	1046400154	36	M	F	HT		7	0	0	Coosalud	3103516151	NO	Yuranis Noya
4	Edita Cañaveral Obando	22799179	57	M	F	HT		7	0	0	N. EPS	3235161481	NO	Edita Castro
5	Nevis Benitez Santana	22796978	53	M	F	HT	X	7	0	0	N. Eps	3126702050	NO	Nevis Benitez
6	Nicolas Ramon Duran	19788753	57	H	M	HT	X	7	0	0	Coosalud	3157606100	NO	Nicolas Ramos
7	Elcida Ramos Duran	22797510	51	M	F	HT		7	0	0	NO	3157606100	NO	Elcida R
8	Alcida Venigas Correa	22797026	53	M	F	HT	X	7	0	0	Mutual	3128559621	NO	Alcida VS
9	Candelaria Garcia V.	22815836	50	M	F	HT	X	7	0	0	Mutual	3157702644	NO	Candelaria
10	Yamile Rojas Galvan	22797168	67	M	F	HT	X		0	0	Coosalud	3107273086	NO	Yamile RS
11	Claudia Arrieta Lopez	22797515	50	M	F	HT		7	0	0	Coosalud	3135983146	NO	Claudia A
12	Maria Lopez Lipuzco	22796099	65	M	F	HT	X	7	0	0	Coosalud	3114619086	NO	NO firma
13	Edinson Arrieta Lopez	19790916	42	H	F	HT	X		0	0	Mutual	3114019086	NO	Edinson Arrieta Lopez
14	Alberto Arrieta Lopez	3803291	74	H	M	HT	X	7	0	0	Mutual	3114619086	NO	NO firma
15	Luz Madis Morfi Nuñez	22815679	58	M	F	HT		7	0	0	N. eps	3117897073	NO	Luz Morfi

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	C

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION GESTORES

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

MUNICIPIO: Achi

FECHA: 16-Sep-2025

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	Elcidys Ramos	22797510	51	M	F	Ht		2	0	0	Sanitas	3157606100	NO	Elcidys Ramos
2	Nevis Benitez S.	22796978	53	M	F	Ht	X	2	0	0	N. Eps	3126702050	NO	Nevis Benitez
3	Edith Reales N.	22795854	66	M	F	Ht		2	0	0	Sura	3225687999	NO	Edith Reales N
4	Yeiro Bohorquez	1902046075	30	H	M	Ht	x	2	0	0	Coosalud	321 2607186	NO	Yeiro BQ
5	Franklin Lopez	3805564	65	H	M	Ht	x	2	0	0	Coosalud	3128002148	NO	No firma

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION GESTORES

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

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 16-Sept-2025

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	Eleidys Ramos	22797510	51	M	F	Ht		2	0	0	Sanitas	3157606100	NO	Eleidy Ramos
2	Nevis Benitez S.	22796978	53	M	F	Ht	x	2	0	0	N. EPS	3126702050	NO	Nevis Benitez
3	Edith Reales N.	22795854	60	M	F	Ht		2	0	0	Sura	3225687994	No	Edith Reales Nariga
4	Yeiro Bohorquez	1902048075	30	H	M	Ht	x	2	0	0	Coosalud	3212807717G	NO	Yeiro B.B.
5	Franklin Lopez	3805564	65	H	M	Ht	x	2	0	0	Coosalud	3128002148	NO	No firma

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

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

El día 8 **del mes de** 08 **del año 2025, en el Municipio de** Ach **las personas que a continuación se relacionancertifican que se les hizo entrega de los siguientes materiales e insumos en el marco de la ejecución del PIC Departamental:** Refrigerios saludables, almuerzos, escarapelas, tulas en tela Impermeable, libretas de pasta dura full color con el nombre de la Estrategia, Lapiceros estampados con logo, gorras estampadas certificados, cartilla, abanicos de cartón alusivos a la estrategia, plegables, rotafolios, afiches. Todo dentro del marco de una ambientación, sonido, ayudas audiovisuales.

N°	Nombres y apellidos	N.° de Documento	Edad	Teléfono	Microterritorio	Firma
1	Ana Elvira Castro	1046401601	34	3207934183	La playa	Ana E Castro B
2	Alvaro Noya florez	9136114	69	3105516151	La playa	NO firma
3	Yuranis noya Mejia	104600154	36	3103516151	La playa	Yuranis Noya
4	Edita Caña Divares	22799179	57	3233181481	Villa Jahoth	Edita Caña
5	Nuis Benitez S.	22796978	53	3126701030	Urra Zuela	xNuis Benitez
6	Nicolas Ramos Duran	1978753	57	3157606100	Villa Jaroth	Nicolas
7	Elcidy Ramos Duran	22797510	51	3157606100	La playa	Elcidy Ramos D
8	Alcida Vanegas Colpa	22797168	53	3128559621	La playa	Alcida V S

GOBERNACIÓN DE
SECRETARÍA DE

N°	Nombres y apellidos	N.° de Documento	Edad	Teléfono	Microterritorio	Firma
9	Candelaria Garcia	22815836	50	3157207644	Sal si puedes	candelaria
10	Yamile Rojas Galvan	22797168	67	3102773086	Sal si puedes	
11	claudia Arrieta Lopez	22797515	50	3135983146	Villa Janeth	claudia
12	Maria Lopez Jimenez	22796099	65	3114019086	Villa Janeth	NO Firma
13	Edinson Arrieta Lopez	19790910	42	3114019086	Venezuela	
14	Alba Roz Guerrero	22796662	61	3126225550	Villa Janeth	
15	Luz Marfis Nuñez	22815679	58	3117897003	La playa	
16	Alberto Arrieta	38032791	74	3114019086	La playa	NO Firma
17	Yeiro Bohorquez	1002047 80075	30	3218077126	Villa Janeth	
18	Luis Maria Andrade	1079	40	3103781409	Venezuela	
19	Julio Lopez Torres	1078 84 50	44	3103781410	Sal si puedes	No firma
20	Edimberto Montes	19788350	70	NO	Villa Janeth	NO firma
21	Yoris taborda f	1046 400 793	35	3043090143	Venezuela	
22	Franklin Lopez C.	3805564	65	3126002141	Villa Janeth	NO firma
23	Dagoberto Martinez	72192456	52	3126877 65	Venezuela	
24	Ofenia Ruiz	22815312	47	3225687 99	Sal si puedes	NO firma
25	Edith Reales N.	22795854	66	3227368799	Sal si puedes	
26	Marson Lopez Carpa	19789299	55	3014825442	Venezuela	

GOBERNACIÓN DE
SECRETARÍA DE

N°	Nombres y apellidos	N.° de Documento	Edad	Teléfono	Microterritorio	Firma
27	Reinaldo polanco	9195661	48	3003831817	villa Janeth	
28	Alix Cardona	22796664	35	301 336 4591	Villa Janeth	
29	Rider insinaris	1046405120	30	3242984462	La Playa	
30	Jose Zuniga Bonitez	19790887	41	320 662 7424	La playa	

Ana Martinez

QUIEN CERTIFICA

Nombre Ana Martinez Aquña
Cargo Secretaria de Salud.
Municipio Achi Bolivar
Telefono 3215205901

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Conocimientos y Practicas de las técnicas y herramientas de la 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: Achí **FECHA:** 15-Sept-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	Yeny Ruth Guerrero	22796626?	61	M	F	HT		3	0	0	Mutual	312622350	NO	Yeny Ruth
2	Yairo Bohorquez B.	1002048075	30	H	M	HT	X	3	0	0	coosalud	3218071176	NO	Yairo B.B.
3	Luis Maza Andrade	19791080	40	H	M	HT	X	2	0	0	N. EPS	3179073553	NO	Luis Maza
4	Jose Lopez torres	19790450	44	H	M	HT	X	3	0	0	Mutual	3107761469	NO	NO firma
5	Edimberto Mejia ol	19788350	70	H	M	HT	X	3	0	0	Mutual	NO	NO	NO firma
6	Yorlys taborda flore	1046400193	35	M	F	HT	X		0	0	N. EPS	3043090143	NO	Yorlys Tabor
7	Franklin Lopez Cerpa	380 9564	65	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3126082741	NO	NO firmo
8	Dagoberto Martinez	72192456?	52	H	M	HT	X	3	0	0	3126877?	Coosalud	NO	X
9	Ofelia Ruiz Real	22815512	47	M	F	HT	X	3	0	0	Coosalud	3225647799	NO	
10	Edith Realpe Naranjo	22795854	66	M	F	HT	X	3	0	0	Sura	3225647799	NO	
11	Alix Galeano	22796 6641	35	M	F	HT	F	3	0	0	N. EPS	3013364?5	NO	
12	Reinaldo polanco	9195661	48	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3005631817	NO	
13	Richar insignares	1046405120	30	H	M	HT	X	3	0	0	Nuevo	3242984462	NO	
14	Jose zuñiga polanco	19790887	41	H	M	HT		3	0	0	N. EPS	3206627424	NO	
15	Yerson López Cerpa	19709299	55	H	M	HT	L	2	0	0	Mutual	3014875447	NO	Yerson López

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes	
SI	
NO	

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Conocimientos y Practicas de las técnicas y herramientas de la 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: Achi **FECHA:** 15-09-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Correo Electronico	Firma
1	Ana Elvira Castro B.	1046401601	34	M	F	HT		7	0	0	N. EPS	3207935416	NO	Ana Castro
2	Alvaro Noya Flores	9136114	69	H	M	HT	X	7	0	0	Coosalud	3103516151	NO	No firma
3	Yuranis Noya mujica	1046000154	96	M	F	HT		7	0	0	Coosalud	3103516151	NO	Yuranis Noya
4	Edita Caina Diaz	22799179	57	M	F	HT		7	0	0	N. EPS	3235161481	NO	Edita Caina Diaz
5	Nexis Benitez Santa	22796978	53	M	F	HT	X	7	0	0	N. EPS	3176701050	NO	Nexis Benitez
6	Nicolas Pacheco Dulce	1978753	57	H	M	HT	X	7	0	0	Coosalud	3157606100	NO	Negados
7	Eleidy Ramos Novoa	22797510	51	M	F	HT		7	0	0	NO	3157606100	NO	Eleidy R
8	Alejandra Noriega Cepeda	22797168	53	M	F	HT	X	7	0	0	Mutual	3128559621	NO	Alejandra US
9	Candelaria Barcia	22815836	50	M	F	HT	X	7	0	0	Mutual	3157207444	NO	Candelaria
10	Yamile Rojas Galvan	22797868	67	M	F	HT	X		0	0	Coosalud	3102773086	NO	YAMILE ROJAS
11	Claudia Arrieta Lopez	22797515	50	M	F	HT		7	0	0	Coosalud	3135983146	NO	Claudia Arrieta
12	Maria Lopez Jimenez	22796099	65	M	F	HT	X	7	0	0	Mutual	3114019086	NO	No firma
13	Edinson Arrieta Lopez	1979090 10	42	H	F	HT	X		0	0	mutual	3114019086	NO	Edinson Arrieta Lopez
14	Alberto Arrieta Ruiz	3003291	74	H	M	HT	X	7	0	0	Mutual	3114019086	NO	No firma
15	Luz marina Mojica	22815679	58	M	F	HT		7	0	0	N. EPS	3117897073	NO	Luz Mojica

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes	
SI	
NO	

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION1: Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en persona por parte del individuo y la familia
ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 16-Sept-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Correreo Electronico	Firma
1	Yuly Ruth Guerrero	22796262	61	M	F	HT		3	0	0	Mutual	3176227350	NO	Yeny RG
2	Yerlo Bohorquez	1002048075	30	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3218671176	NO	Yairo BB
3	Luis Moza Andrade	1179108O	40	H	M	HT	X	3	0	0	N. EPS	3117903353	NO	Luis Moza
4	Jose lopez tovar	19790450	44	H	M	HT	X	3	0	0	Mutual	3105761469	NO	NO firma
5	Edimberto Mogts	19788350	70	H	M	HT	X	3	0	0	Mutual	NO	NO	NO firma
6	Yesly Tahorda	1046400793	35	M	F	HT	X	3	0	0	N Eps	3043096143	NO	Yesly Tahorda
7	Fiantling Lopez Cuipa	3803364	65	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3126008341	NO	NO firma
8	Dagoberto Montano	72192436	52	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3126833663	NO	[illegible]
9	Alix Cardona Sa	22796641	35	M	F	HT		3	0	0	N Eps	3013364391	NO	NO firma
10	Ofonacia Ruiz Prados	22815512	47	M	F	HT	X	3	0	0	Coosalud	3225687999	NO	[illegible]
11	Edith Prado Noriega	22795654	66	M	F	HT		3	0	0	Sura	3225687999	NO	[illegible]
12	Leinado polanco	9195661	48	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3003831817	NO	[illegible]
13	Richer insignares	1046405120	30	H	M	HT	X	3	0	0	Nuevo EPS	3242984462	NO	[illegible]
14	Jose Zuniga polanco	19790887	41	H	M	HT		3	0	0	N. Eps	3206627424	NO	[illegible]
15	Yerson Lopez Cuipa	19748299	55	H	M	HT		3	0	0	N. EPS	3014825442	NO	Yerson. Lopez

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION1: Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en persona por parte del individuo y la familia
ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 16-sept-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Correeo Electronico	Firma
1	Angelvira Castro B	1046401601	34	M	F	HT		7	0	0	N. EPS	3207935411	NO	Angelvira Castro
2	Abdio Goya Florez	9136114	69	H	M	HT	X	7	0	0	Coosalud	3103516151	NO	No firma
3	Yuranis Noya mejia	1096007154	36	M	F	HT		7	0	0	Coosalud	3103516151	NO	Yuranis Noya
4	Edilia Conde Divazo	22799179	57	M	F	HT		7	0	0	N. EPS	3235181481	NO	Edilia Conde
5	Nevis Benitez Santana	22796978	53	M	F	HT	X	7	0	0	N. EPS	3126702050	NO	Nevis Benitez
6	Nicolas Ramon Duran	19788753	37	H	M	HT	X	7	0	0	Coosalud	3157606100	NO	Nicolas
7	Eleida Ramos Duran	22797510	51	M	F	HT		7	0	0	NO	3157606100	NO	Eleida R.
8	Alejola Vanegas C.	22797026	53	M	F	HT	X	7	0	0	Mutual	3128554621	NO	Colestar.
9	Candelaria Goico V.	22815836	50	M	F	HT	X	7	0	0	Mutual	3157707644	NO	Aleidavs
10	Yamile Rojas Galvan	22797168	67	M	F	HT	X		0	0	Coosalud	3102773086	NO	YAMILES
11	Claudia Alicia Lopez	22797515	50	M	F	HT		7	0	0	Coosalud	3135943146	NO	Claudia L
12	Maria Lopez Giraldo	22796099	65	M	F	HT	X	7	0	0	Mutual	3114019086	NO	No firma
13	Edinson Alicia Rod	1197900110	42	H	F	HT	X		0	0	Mutual	3114019086	NO	Edinson Alicia
14	Alberto Alicia Rod	3803291	74	H	M	HT	X	7	0	0	Mutual	3114019086	NO	No firma
15	Luz marimolfi N.	22815679	58	M	F	HT		7	0	0	N. EPS	3117897073	NO	LUZ MOLFI

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en persona por parte del individuo y la familia

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

MUNICIPIO: Achí **FECHA:** 16-Sept-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Correo Electronico	Firma
1	Yeany Ruth Garcia 10	22796 6262	61	M	f	HT		3	0	0	Mutual	3126222350	NO	x Yeny Ruth
2	Yeiro Bohorquez B.	1002044807 5	30	H	M	HT	x	3	0	0	Coosalud	3218077176	NO	x Yeiro BB.
3	Luis meza Andrade	1979 1080	40	H	M	HT	x	3	0	0	N. EPS	3117903553	NO	x Luis Meza
4	Jose Lopez torres	19790450	44	H	M	HT	x	3	0	0	Mutual	3107814169	NO	No firma
5	Edilberto Nates	197 88350	70	H	M	HT	x	3	0	0	Mutual	NO	NO	No Firma
6	Yarlys Taborda Flores	1046400793	35	M	f	HT	x	3	0	0	N. EPS	3043090143	NO	x Yarlys Taborda
7	Franklin Lopez Lopez	3803564	65	M	M	HT	x	3	0	0	Coosalud	3176008341	NO	No firma
8	Rogelio Martinez	72192436	52	H	M	HT	x	3	0	0	Coosalud	3126837665	NO	x
9	Alix Carolina S.	22796641	35	M	F	HT		3	0	0	N. EPS	3013364391	NO	Alix Sandoval
10	Ortonica Ruiz Realo	22815512	47	M	f	HT	x	3	0	0	Coosalud	3275687999	NO	
11	Edith Realo Nolasco	22795854	66	M	f	HT		3	0	0	Sura	3225687229	NO	
12	Reinaldo Polanco	919566	48	H	M	HT	x	3	0	0	Coosalud	3006318117	NO	
13	Ricardo Insignares	1046408120	30	H	M	HT	x	3	0	0	Nueva	3242984462	NO	
14	Jose Zuñiga Polanco	19790887	41	H	M	HT		3	0	0	N. EPS	3206627424	NO	
15	Heiber Lopez Lopez	19788299	55	H	M	HT	x	3	0	0	Mutual	3614825442	NO	Yerson Lopez

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes	
SI	
NO	

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Conocimientos sobre la condición de salud y el funcionamiento en persona por parte del individuo y la familia
ACTIVIDAD: Implementar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC en los Micro territorios priorizados de San Jacinto, El Carmen de Bolívar, Achi, Montecristo, Pinillos, Tiquisio, Arjona, San Juan Nepomuceno, San Jacinto del Cauca, Turbaco

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 16-09-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Corereo Electronico	Firma
1	Ana Elvira Castro	1046401601	34	M	F	HT		7	0	0	N. Eps	3207933416	NO	
2	Alvaro coya flores	913 6114	69	H	M	HT	X	7	0	0	Coosalud	3103516151	NO	No firma
3	Yuranis Noya mejia	1046400754	36	M	F	HT		7	0	0	Coosalud	3103516151	NO	
4	Edith Cañate olivera	22499179	57	M	F	HT		7	0	0	N. Eps	3235181481	NO	
5	Neris Benitez Santa	22796978	53	M	F	HT	X	7	0	0	N. Eps	3126702050	NO	
6	Nicolas Ramos Duran	19788753	57	H	M	HT	X	7	0	0	Coosalud	3157606100	NO	
7	Eleida Ramos Duran	22797516	51	M	F	HT		7	0	0	NO	3157606100	NO	
8	Alcida Vargas Coper	22797026	53	M	F	HT	X	7	0	0	Nueva	3128559621	NO	
9	Candelaria Gloria	21815836	50	M	F	HT	X	7	0	0	Nueva	3157207644	NO	
10	Yamile Rojas Galvan	2279168	67	M	F	HT	X	7	0	0	Coosalud	3202773086	NO	
11	Claudia Alicia lopez	22797515	50	M	F	HT		7	0	0	Coosalud	3135987146	NO	
12	Maria Lopez Jimenez	22796099	65	M	F	HT	X	7	0	0	Nueva	3114619086	NO	NO firma
13	Edinson Alicia L.	1079009910	42	H	F	HT	X		0	0	Nueva	3114619086	NO	
14	Alberto Alicia P.	3803791	74	H	M	HT	X	7	0	0	Nueva	3114619086	NO	NO firma
15	Luz Marina Nuñez	22815679	58	M	F	HT		7	0	0	N. Eps	3117897073	NO	

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: Redes Sociales y Comunitarias

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

MUNICIPIO: Achí **FECHA:** 16-Sept-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Correeo Electronico	Firma
1	Yomy Ruth Cocinero	22796667	61	M	F	HT		3	0	0	Mutual	312622550	NO	
2	Yeiro Bohorquez	1002048075	30	M	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3218071126	NO	
3	Luis Meza Andrade	19791080	40	H	M	HT	X	3	0	0	N. EPS	3117903553	NO	
4	Jojo (Lopez tapia)	19790450	44	H	M	HT	X	3	0	0	Mutual	310.3781469	NO	NO firmo
5	Edimberto Montes	19788350	70	H	M	HT	X	3	0	0	Mutual	NO	NO	NO firmo
6	Yoily Echeverry F.	1046400793	35	H	M	HT	X	3	0	0	N. EPS	3043094943	NO	
7	Franklin Lopez C.	3803564	65	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3126002141	NO	NO firmo
8	Dagoberto martinez	72192461	52	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3126087765	NO	
9	Alfonso Ruiz	22815512	47	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3225087941	NO	
10	Edith Realis N.	22795854	66	M	F	HT		3	0	0	Sura	3225087991	NO	
11	Reinaldo Polanco	9195661	40	M	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3002031847	NO	
12	Alix Cardona	22796641	35	M	F	HT	X	3	0	0	Mutual	3013364391	NO	
13	Rider Insignares	1045105120	30	H	M	HT	X	3	0	0	Nueva EP	3242984462	NO	
14	Jose Enrique Polanco	19790887	41	H	M	HT		3	0	0	N. eps	3106274241	NO	
15	Yenson Lopez Crespo	19786299	55	H	M	HT		3	0	0	Mutual	3014875442	NO	Yenson. Lopez

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 1: Redes Sociales y Comunitarias

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

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 16-sept-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Correreo Electronico	Firma
1	Ana Elvira Castro	1046401601	34	M	F	HT		7	0	0	N. Eps	3207935411	NO	Ana castro
2	Alcelo Moya flore	9136114	69	H	M	HT	X	7	0	0	Coosalud	3103516131	NO	No firmo
3	Yuranis Moya mejia	1046400754	36	M	F	HT		7	0	0	Coosalud	3103516131	NO	Yuranis Moya
4	Edith Caña olivero	22799179	57	M	F	HT		7	0	0	N. Eps	3235161481	NO	Edith costa
5	Nelis Benitez Sant	22796978	53	M	F	HT	X	7	0	0	N. Eps	3126902050	NO	Nelis Benitez
6	Nicolas Ramos Duica	19786753	57	H	M	HT	X	7	0	0	Coosalud	3157006100	NO	Nicolas
7	Eleida Ramos Duica	22797510	51	M	F	HT		7	0	0	NO	3157606100	NO	Eleida R
8	Aleida Vanegas C	22797026	53	M	F	HT	X	7	0	0	Mutual	312855 9621	NO	Cardiga
9	Calendaria Goraja	22815636	50	M	F	HT	X		0	0	Mutual	3157707644	NO	Aleida
10	Yamile Rojas Galvan	22797168	67	M	F	HT	X		0	0	Coosalud	3202773086	NO	Yamile
11	Claudia Arrieta	22797315	50	M	F	HT		7	0	0	Coosalud	3135983146	NO	Claudia AZ
12	Maria Lopez Jimene	22796099	65	M	F	HT	X	7	0	0	Mutual	3114019086	NO	No firma
13	Edilson Arrieta	19790910	42	H	F	HT	X		0	0	Mutual	3114019086	NO	Edilson Arrieta
14	Alberto Arrieta	3803291	74	H	F	HT	X	7	0	0	Mutual	3114019086	NO	No firma
15	Luz marina Nuñez	22815679	58	M	F	HT		7	0	0	N. EPS	3117697003	NO	Luz Nuñez

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes
SI
NO

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Redes Sociales y Comunitarias

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

MUNICIPIO: Achi **FECHA:** 16-Sept-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Correeo Electronico	Firma
1	Yenny Ruth Guerrero	22796662	61	M	F	HT		3	0	0	Nueva	3126225 50	NO	Yeny RG
2	Yeiro Bohorquez	1002048075	30	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3218077116	NO	Yeiro BB
3	Luis moya Alvarado	19791080	40	H	M	HT	X	3	0	0	N. EPS	3117905333	NO	Luis Moya
4	Jose Lopez Lora	19790450	44	H	M	HT	X	3	0	0	Mutua	310 878 1409	NO	NO Firma
5	Edimbrito montes	19789350	70	H	M	HT	X	3	0	0	Mutu		NO	NO Firma
6	Yailys Taborda	1046400793	35	H	M	HT	X	3	0	0	N. EPS	3043040143	NO	Yailys Taborda
7	Franklin Lopez	380 5566	65	M	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3126002875	NO	No Firma
8	Nagoncito Montiel	72192461	52	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3275087994	NO	
9	Ortega Ruiz	22815512	41	M	F	HT	X	3	0	0	Sura	3225687994	NO	
10	Edith Reales	22795854	66	M	F	HT		3	0	0	Coosalud	3225687994	NO	
11	Alix Cardona	22796641	35	M	F	HT	X	3	0	0	N. EPS	3013364591	NO	
12	Reinaldo polanco	9195661	48	H	M	HT	X	3	0	0	Coosalud	3003831817	NO	
13	Rider insignares	1046505120	30	H	M	HT		3	0	0	Nueva EPS	3242984462	NO	
14	Jose Zuñiga polanco	19790887	41	H	M	HT		3	0	0	N. EPS	3106627464	NO	
15	Yerson Lopez Crespo	19788299	55	H	M	HT	X	3	0	0	Mutual	3014825442	NO	Yerson. LoPez

Sexo	
Mujer	M
Hombre	H
Intersexual	I

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

Identidad de Genero	
Heterosexual	HT
Bisexual	B
Homosexual	HM

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

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

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

Persona gestantes y/o lactantes	
SI	
NO	

GOBERNACIÓN DE BOLÍV
SECRETARÍA DE SALUD

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

SESION 2: Redes Sociales y Comunitarias

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

MUNICIPIO: Achí **FECHA:** 16-Sep-25

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	EDAD	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual	PCD	Sectores sociales	Grupo étnico-Identidad cultural	Persona Gestante y/o Lactante	EAPB	Telefono	Correo Electronico	Firma
1	Ana Elvira Castro	1046016061	34	M	F	HT		2	0	0	N. Eps	3207933411	NO	Ana Castro
2	Alcides Noya Flores	9136114	69	H	M	HT	+	2	0	0	Coosalud	3103516151	NO	NO firma
3	Yorenis Maya Mejia	1046400154	36	M	F	HT		2	0	0	Coosalud	3103516131	NO	Yorenis Maya
4	Edith Cano Olivera	22799170	57	M	F	HT		2	0	0	N. Eps	3235186161	NO	Edith Cano
5	Neris Benitez Santana	22796978	53	M	F	HT	X	2	0	0	N. Eps	3126702050	NO	Neris Benitez
6	Nicolas Ramos Duran	19788753	57	M	M	HT	X	2	0	0	Coosalud	3157606100	NO	Nicolas
7	Elcida Ramos Duran	22797310	51	M	F	HT		2	0	0	NO	3157606100	NO	Elcida R
8	Alcida Noya Capa	22797076	53	M	F	HT	X	2	0	0	Mutual	3128559621	NO	Alcida N
9	Candelaria Garcia	22815836	50	M	F	HT	X	2	0	0	Mutual	3157207644	NO	Candelaria N
10	Yamile Rojas Galvan	22797166	47	M	F	HT	X	2	0	0	Coosalud	3102773086	NO	Yamile Rojas
11	Eloisa Arrieta	22797515	50	M	F	HT		2	0	0	Coosalud	3135983146	NO	Eloisa Arrieta
12	Maria Lopez Noya	22796099	65	M	F	HT	X	2	0	0	Mutual	3114019086	NO	NO Firma
13	Edinson Arrieta	19790910	42	H	M	HT	X	2	0	0	Mutual	3114019086	NO	Edinson Arrieta
14	Alberto Arrieta	3003291	74	M	M	HT	X	2	0	0	Mutual	3114019086	NO	NO Firma
15	Luz Marina Nuñez	22815679	58	M	F	HT		2	0	0	N. Eps	3117847073	NO	Luz Marina

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

CERTIFICACION ENTREGA DE MATERIALES

Doctor (a): Ana Martinez A.
Secretario (a) de Salud Municipal o su delegado
Municipio de: Achí

ASUNTO: relación y entregas de materiales a los participantes y secretaria de salud municipal, anexo Nº 14

Cordial Saludo y Éxitos en sus labores diarias,

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

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

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACION ENTREGA DE MATERIALES

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

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

3. Logística

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

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

Para mayor constancia se firma en Achí a los 16 días del mes de Septiembre de 2025.

Ana Martinez
QUIEN RECIBE

NOMBRE: Ana martinez A.
CARGO: Secretaria de Salud M.
TELEFONO: 3205205901

QUIEN ENTREGA

NOMBRE: Angélica Mendoza Castellar
TELEFONO: 3207341479

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES COMUNITARIAS

FECHA: 16-Septiembre 2025

MUNICIPIO Achí

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:
Casa de la cultura	8:00 AM.	12:00 M.

ASISTENTES A LA REUNION

NOMBRE: Ana Martinez Acuña
CARGO: Secretario(a) de Salud o funcionario Encargado

NOMBRE: Holguin Cabarcas
CARGO: Secretario de Educación

NOMBRE: Dagoberto Martinez
CARGO: Secretario de Gobierno

NOMBRE: Elkin Rojoo
CARGO: Líder de la mesa de victimas

NOMBRE: Jose Yepez B
CARGO: Representante de los Líderes Etnicos

NOMBRE: Angelica Mendoza C
PERFIL PROFESIONAL: Prof. Especializado
Asesor (a) E.S.E. Hospital Local mahates

FIRMA:

DESARROLLO DE LA REUNION

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES COMUNITARIAS

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES Y COMPROMISOS

COMPROMISO

Reactivar el comite de Discapacidad

Hacer acompañamiento a las accion que desarrollen los agentes RBC.

Fomentar acciones para las Personas con Discapacidad

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONFORMACIÓN DE REDES COMUNITARIAS

Para mayor constancia se firma en el Municipio de Achi a los 16 días del mes de Septiembre 2025.

N!	Nombres y apellidos	Documento de identidad	Cargo	Población Objeto	Firma
1	Eleidys Ramos	22797510	Estilista	Cuidadora	Eleidys R
2	Yeiro Bohorquez	1902048075	desempleado	pcd	Yeiro B.B.
3	Nexis Benitez	22796978	Ama de casa	Pcd	Nexis Benitez
4	Edith Reales	22795854	Ama de casa	Cuidadora	Edith Reales Zuñiga
5	Franklin Lopez	3805564	Oficios varios	Pcd	No firma

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONTINGENCIA

ACTA DE CONTINGENCIA Y AJUSTE AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

A los 17 días del mes de Agosto de 2025, durante la ejecución de los talleres RBC-D.R.P., en el municipio de Achí, la población asistente al los talleres y los asesores de la ESE HOSPITAL LOCAL DE MAHATES, en concordancia con la SECRETARIA DE SALUD MUNCIPAL, proceden a dejar constancia de la siguiente contingencia y los acuerdos resultantes:

1. Antecedentes

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

2. Situación presentada

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

3. Acuerdo de modificación

Atendiendo a las realidades del contexto del municipio y la población beneficiaria y en uso de lo previsto en el lineamiento técnico, las partes acuerdan modificar el cronograma original, concentrando las 10 sesiones en **tres jornadas intensivas de días a trabajar acorde a las 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 Municipal de Bolívar
Nombre: Ana Martinez Acuña
Cargo: Secretaria de Salud.
Firma: Ana Martinez

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE CONTINGENCIA

ACTA DE CONTINGENCIA Y AJUSTE AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

A los 17 días del mes de Agosto de 2025, durante la ejecución de los talleres RBC, en el municipio de Achí, la población asistente al los talleres y los asesores de la ESE HOSPITAL LOCAL DE MAHATES, en concordancia con la SECRETARIA DE SALUD MUNCIPAL, proceden a dejar constancia de la siguiente contingencia y los acuerdos resultantes:

1. Antecedentes

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

2. Situación presentada

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

3. Acuerdo de modificación

Atendiendo a las realidades del contexto del municipio y la población beneficiaria y en uso de lo previsto en el lineamiento técnico, las partes acuerdan modificar el cronograma original, concentrando las 10 sesiones en **tres jornadas intensivas de días a trabajar acorde a las 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 Municipal de Bolívar
Nombre: Ana Martinez Acuña
Cargo: Secretaria de Salud
Firma: Ana Martinez

Por la E.S.E. Hospital Local de Mahates
Nombre: Angelica Mendoza O
Cargo: Profesional Especializado RBC
Firma:

Secretaría de Salud

Alcaldía de Achi
Nit: 800037371-1
Dainer Guzmán Caré

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Achi Bolivar se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angelica Mendoza C. identificado(a) con C.C. 33272458 en su calidad de contratista Profesional Experto RBC. de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha 18 del mes de Agosto 2025, realizando la EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR** y la **ESE HOSPITAL 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	Tallerista
1	DRP Diag. Rapido y Participativo	
2	DRP. Diag. Rapido y Participativo	
1	Tecnicas y Humamientos de RBC.	
2	Tecnicas y Herramientos de RBC.	

Para mayor constancia se firma en Achi a los 18 días del mes de Agosto de 2025.

Ana Martinez
QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: Ana Martinez A.
CARGO: Secretaria de Salud
TELEFONO: 3215205901

QUIEN EJECUTA

NOMBRE: Angelica Mendoza
TELEFONO: 3207341429

Secretaría de Salud

Alcaldía de Achi
Nit: 800037371-1
Daimer Guzmán Caré

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Achi-Bolivar se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angelica Mendoza Costellar identificado(a) con C.C. 33272456 en su calidad de contratista Profesional Especializada RBC, de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha Quince 15 del mes de Septiembre 2025, realizando la EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR** y la **ESE HOSPITAL 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	Tallerista
1	Conocimientos y Practicas de RBC	
2	Conocimientos y Practicos de RBC	

Para mayor constancia se firma en Achi a los 15 días del mes de Septiembre de 2025.

Ana. Martinez
QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: Ana Martinez A.
CARGO: Secretaria de Salud
TELEFONO: 3215205901

QUIEN EJECUTA

NOMBRE: Angelica Mendoza
TELEFONO: 3207341479

Secretaría de Salud

Alcaldía de Achi
Nit: 800037371-1
Dainer Guzmán Caré

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Achi Bolivar se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angelica Mendoza Castellar identificado(a) con C.C. 33.272456 en su calidad de contratista profesional Especializada RBC, de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha 15 Quince del mes de Septiembre 2025, realizando la EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR** y la **ESE HOSPITAL 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	Tallerista
1	Conocimientos y practicas de RBC	
2	Conocimientos y practicas de las Key Herr. RBC	

Para mayor constancia se firma en Achi a los 15 días del mes de Septiembre de 2025.

Ana Martinez
QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: Ana Martinez A.
CARGO: Secretaria de Salud
TELEFONO: 3215205901

QUIEN EJECUTA

NOMBRE: Angelica Mendoza
TELEFONO: 3207341479

Secretaría de Salud

Alcaldía de Achi
Nit: 800037371-1
Daimer Guzmán Caré

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Achi se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angélica Romero Rodriguez identificado(a) con C.C. 1051830076 en su calidad de contratista Profesional del orden de la Salud, de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha 16 del mes de Septiembre 2025, realizando la EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR** y la **ESE HOSPITAL 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	Tallerista
1	Conocimiento Sobre los Condicions de Salud y el funcionamiento en Personas	
2	Conocimientos Sobre los condicions de Salud y el funcionamiento en Personas.	

Para mayor constancia se firma en Achi a los 16 días del mes de Septiembre de 2025.

QUIEN CERTIFICA		QUIEN EJECUTA	
NOMBRE:	Ana Martinez A.	NOMBRE:	Angélica Romero Rodriguez
CARGO:	Secretaria de Salud	TELEFONO:	3135524672
TELEFONO:	321 5205901		

Secretaría de Salud

Alcaldía de Achi
Nit: 800037371-1
Dainer Guzmán Caré

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Achí se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angélica Rometo Rodriguez identificado(a) con C.C. 1051830076 en su calidad de contratista Profesional del area de la Salud, de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha 16 del mes de Septiembre 2025, realizando la EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR** y la **ESE HOSPITAL 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	Tallerista
1	Conocimiento sobre las Condiciones de Salud y el Funcionamiento en personas	
2	Conocimiento sobre las Condiciones de la Salud y el funcionamiento en personas.	

Para mayor constancia se firma en Achí a los 16 días del mes de Septiembre de 2025.

Ana. Martinez
QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: Ana Martinez A.
CARGO: Secretaria de Salud
TELEFONO: 3215205901

Angelica Rometo R.
QUIEN EJECUTA

NOMBRE: Angélica Rometo Rodriguez
TELEFONO: 3135524072

Secretaría de Salud

Alcaldía de Achi
Nit: 800037371-1
Dainer Guzmán Caré

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Achi Bolivar se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angelica Mendoza Castellar identificado(a) con C.C. 33272456 en su calidad de contratista Profesional Especializado RBC de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha Dieciseis 16 del mes de Septiembre 2025, realizando la EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR** y la **ESE HOSPITAL 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	Tallerista
1	Redes Sociales y comunitaria	
2	Redes Sociales y comunitarias	

Para mayor constancia se firma en Achi a los 16 días del mes de Septiembre de 2025.

Ana Martinez
QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: Ana Martinez A
CARGO: Secretaria de Salud.
TELEFONO: 3205205901

QUIEN EJECUTA

NOMBRE: Angelica Mendoza C
TELEFONO: 3207341479

Secretaría de Salud

Alcaldía de Achi
Nit: 800037371-1
Dainer Guzmán Caré

CERTIFICADO DEL PROCESO DE EJECUCION

En el municipio de Achi Bolivar se reunieron los abajo firmantes con el objetivo de dejar Constancia que Angelica Mendoza Bustillar identificado(a) con C.C. 33272456 en su calidad de contratista Profesional Especializado RBC de La **ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES**, visitó esta localidad en la fecha Dieciseis 16 del mes de Septiembre 2025, realizando la EJECUCION, de las actividades, como parte del objeto contractual suscrito entre la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR** y la **ESE HOSPITAL 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	Tallerista
1	Redes Sociales y Comunitarias	
2	Redes Sociales y Comunitarias	

Para mayor constancia se firma en Achi a los 16 días del mes de Septiembre de 2025.

Ana Martinez
QUIEN CERTIFICA

NOMBRE: Ana Martinez A.
CARGO: Secretaria de Salud
TELEFONO: 3215205901

QUIEN EJECUTA

NOMBRE: Angelica Mendoza C
TELEFONO: 3207341479

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 X No __.
- ✓ Original del Presente Oficio Remisorio.

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

Angelica Mendoza Castellar CC.No. 33272456

Angelica Pomeo Rodriguez CC.No. 1051830076

_____ CC.No. _____

Para mayor constancia se firma en Achi a los 16 días del mes de Septiembre de 2025.

Ana Martinez

QUIEN CERTIFICA

Nombre Ana Martinez
Cargo Secretaria de Salud
Municipio Achi
Telefono 3205205901

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FASE 1 EJECUCION

MUNICIPIO DE ACHI

LINEA DE PREVENCION
CANALIZACON
VISITA DOMICILIARIA
INTERVENCIONES BREVES

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1144 de ABRIL 9 DE 2025

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

MUNICIPIO DE ACHI

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: Edwin Lopin Silva.

Tipo documento: CC Número Documento: 1031736329

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 12 / 06 / 94

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3104768026

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Sul si pudo / Achi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:

Betty Luz Lopin Silva

Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: CC Número: 22805411 Teléfono / celular: 3204768026

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

Institución a la cual se remite: N/A

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

No pueden bañarse en la Sierra de Salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria Rodriguez

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: (Nolly) Candelonia Mery machado

Tipo documento: CC Número Documento: 33309685

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 9 / 10 / 59

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3124364978

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Villa Jenith / Achi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Elkin Javier Tito palacios Mery

Relación/Parentesco con el NNA: Hijo Identificación. Tipo documento: CC Número: 1046394962 Teléfono / celular: 3127364978

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 12 / 06 / 25

Institución a la cual se remite: N/A

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

Nombre del funcionario que remite: Angelin Tomato Rodriguez

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: Linda Quiroga mena
Tipo documento: CC Número Documento: 1046 011 996
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 13 / 11 / 96
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3106632345
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Villa Ganath Achi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
N/A
Relación/Parentesco con el NNA: N/A Identificación. Tipo documento: Número: N/A Teléfono / celular:

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): N/A / N/A / N/A
Institución a la cual se remite: 12-06-25

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

Nombre del funcionario que remite: Angelica Ramos Rodriguez
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: Alexis Quiroga Ospa
Tipo documento: CC Número Documento: 22 797 706
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 15 / 07 / 72
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 315 855 962
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Villa Juanita / Achi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador: N/A
Relación/Parentesco con el NNA: N/A Identificación. Tipo documento: N/A Número: N/A Teléfono / celular:
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): N/A N/A / N/A
Institución a la cual se remite: N/A

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No presenta barreras en los Servicios de Salud.

Nombre del funcionario que remite: Angelica Lemus P.
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Yamile Rojas Galvan

Tipo documento: CC Número Documento: 27 797 768

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 24 / 06 / 65

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3202753086

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Villa Janeth / Achi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:

N/A

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

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

Institución a la cual se remite: N/A

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No entregan los medicamentos completos

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria Rodriguez

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: Yeiro Bohorquez Blanco

Tipo documento: CC Número Documento: 1.002.048.075

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 10 / jun / 1995

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3212807126

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Venezuela

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
N/A

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

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 11 / 06 / 25

Institución a la cual se remite: N/A

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

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria B. D.

Firma: Angelica

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: Luis Eduardo Mejia Andrade

Tipo documento: CC Número Documento: 1047911080

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 30 / 10 / 84

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3117403553

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Magangue / Jachi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
N/A

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

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 12 / 06 / 25

Institución a la cual se remite: N/A

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

No presenta barreras en los servicios de Salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Ma. Ts P.

Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Nubanith polanco mendoza
Tipo documento: CC Número Documento: 1778824O
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 3 / 11 / 08
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3012460938
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Venezuela / Achi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Elvira polanco tovar
Relación/Parentesco con el NNA: Hija Identificación. Tipo documento: CC Número: 1080852078 Teléfono / celular:
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 18 / 06 / 25
Institución a la cual se remite:

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
Estaba en control y asistiendo a terapias en casa y dejaron de brindarle las terapias. Firma mutual.

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria Rodriguez
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: joseluis olivero fierro
Tipo documento: cc Número Documento: 19.790.385
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 01 / jun / 1979
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3116047678
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio Venezuela

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
N-A
Relación/Parentesco con el NNA: N/A Identificación. Tipo documento: ____ Número: N/A Teléfono / celular: N/A
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 11 / 06 / 25
Institución a la cual se remite: N/A

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

Nombre del funcionario que remite: Aychin de la Rodriguez
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: Nuvia del Carmen Ruiz Guerrero
Tipo documento: CC Número Documento: 1046401326
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 16 / 03 / 89
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 317 622 2350
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Sal si puede/Achi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Yennis Consuelo Ruiz Guerrero
Relación/Parentesco con el NNA: Hermana Identificación. Tipo
CC documento: CC Número: 22796262 Teléfono / celular:
3176222350
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 12 / 06 / 25
Institución a la cual se remite: N/A

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

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria Rodriguez
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: Tulio Manuel Benitez Castro
Tipo documento: RC Número Documento: 1.044.827.721
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 04 / oct / 2019
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3207935411
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio la playa.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Ana Elvira Castro Belen
Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: cc Número: 1046401601 Teléfono / celular: 3207935411
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 24 / Feb / 1991
Institución a la cual se remite: NIA

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

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria Pedroza
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Ramona emilia polanco ortega
Tipo documento: cc Número Documento: 22.796.255
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 20 / may / 1960
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3153137911
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio la playa.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Jose Manuel Zuñiga Polanco
Relación/Parentesco con el NNA: Hijo Identificación. Tipo documento: cc Número: 1979088 7 Teléfono / celular: 3206627429
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 19 / Mar / 1983
Institución a la cual se remite: _____

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
- No puntos biomed en los servicios en salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria Rodriguez
Firma: Angelica

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: Alvaro Antonio Noya Flores
Tipo documento: cc Número Documento: 9.136.114
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 16 / May / 1956
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3103516151
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio la playa.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Yoranys Patricia Noya Mejia
Relación/Parentesco con el NNA: Hija Identificación. Tipo documento: cc Número: 1.046.400.154 Teléfono / celular: 3103516151
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 01 / May / 1989
Institución a la cual se remite: N/A

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

Nombre del funcionario que remite: Angelica Patricia Rodriguez
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: Eleida Montes de los Santos
Tipo documento: cc Número Documento: 36.545.355
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 22 / Feb / 1959
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3206442915
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio la Playa.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Meyra Alejandra Guerra Monte
Relación/Parentesco con el NNA: Hija Identificación. Tipo documento: cc Número: 1046396703 Teléfono / celular: 3135276931
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 12 / Abril / 1986
Institución a la cual se remite: N/A

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

Nombre del funcionario que remite: Ayelvis Ramos Rodriguez
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: Edimberto Jose Montes de los Santo
Tipo documento: cc Número Documento: 19.788.350
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 23 / MAY / 1952
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3014220064
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio la playa.

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Eleida monty de los santos
Relación/Parentesco con el NNA: Hermana Identificación. Tipo documento: CC Número: 36 545 355 Teléfono / celular:

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 12 / 06 / 25
Institución a la cual se remite: NIA

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

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria Rodriguez
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 del carmen lopez linare
Tipo documento: cc Número Documento: 22.796.099
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 06 / sep / 1960
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3117317914
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio la playa

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Claudia Arrieta lopez
Relación/Parentesco con el NNA: Hija Identificación. Tipo documento: CC Número: 22797315 Teléfono / celular: 3135983146
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 12 / 06 / 25
Institución a la cual se remite: N/A

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

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria Rodriguez
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: Edinson Jose Arrieta Lopez
Tipo documento: CC Número Documento: 1979090910
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 21 / 11 / 83
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3114019086
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: La playa / Achi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Claudia Arrieta Lopez
Relación/Parentesco con el NNA: Hija Identificación. Tipo documento: C.C Número: 22797315 Teléfono / celular:

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 12 / 06 / 25
Institución a la cual se remite: N/A

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No se prestan barreras en los servicios en Salud

Nombre del funcionario que remite: Ayelen Romero P.
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

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

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

Nombres y Apellidos: Edut Cabrera Caicedo

Tipo documento: CC Número Documento: 3.808.256

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 24 / 05 / 69

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3116826144

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Maicao / Achi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Edut Cabrera

Relación/Parentesco con el NNA: Humano Identificación. Tipo documento: CC Número: 3808256 Teléfono / celular: 3116826144

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 12 / 06 / 25

Institución a la cual se remite: N/A

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

Nombre del funcionario que remite: Angelica Maria Rodriguez

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: Fabian Andril Cana

Tipo documento: CC Número Documento: 1046 639 2216

Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 30 / 11 / 2003

Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3170661458

Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: (a cena) Achi

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Edith Cana Olivares

Relación/Parentesco con el NNA: Madre Identificación. Tipo documento: CC Número: 22799179 Teléfono / celular: 317 661458

Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 12 / 06 / 25

Institución a la cual se remite: NIA

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No presenta barreras de atención en los Servicios de Salud

Nombre del funcionario que remite: Angela Beatriz Rodriguez

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: Alberto Arrieta Rodriguez
Tipo documento: cc Número Documento: 3.803.291
Fecha Nacimiento (DD / MM / AAAA): 28 / oct / 1951
Datos de contacto, Teléfono / Celular: 3117317914
Dirección, Ciudad / Barrio / Corregimiento: Barrio la playa

Nombre y Apellidos del Familiar/Cuidador:
Claudia Arrieta Lopez
Relación/Parentesco con el NNA: Hija Identificación. Tipo documento: CC Número: 22197515 Teléfono / celular: 3135983146
Fecha de remisión:(DD / MM / AAAA): 12 / 06 / 25
Institución a la cual se remite: IPS - 06 - 25

Motivo de remisión: (Breve descripción de las necesidades particulares identificadas)
No prestan barreras en los servicios en Salud

Nombre del funcionario que remite: Angelica Romero D.
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Achí

Nombre (es) y Apellidos: Jose Luis oliveiro freire Fecha de Nacimiento: 01-06-79

Edad: 57

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 1047903855 de Achí

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: física EAPB: _____

Régimen: S

Ocupación: Mecanico Lugar de Residencia: B. Urrutia / Achí

Nombre del Cuidador (a): N/A Teléfono: 3116047678

Fecha de Elaboración: 17-06-25

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

Remitido a UGD - Municipio de: Achí

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

Orientaciones:

- Crear habitos saludables
- Gestión adecuada de trocoma
- fortalecimiento de redes de apoyo

Intervención Realizada Por: Angelica Maria P. Cargo: P.U

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Achí

Nombre (es) y Apellidos: Nuvia del Carmen Ruiz Gutierrez Fecha de Nacimiento: 16-03-59

Edad: 66

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: 2 No: 1046401826 de Achi

Sexo: M 1 F X

Dx/Discapacidad: Multiple EAPB: Mutual

Régimen: S

Ocupación: N/A Lugar de Residencia: Salsipuedes / Achi

Nombre del Cuidador (a): Yenni Ruiz Teléfono: 3126773550

Fecha de Elaboración: 12-06-25

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

Remitido a UGD - Municipio de: Achí

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

Orientaciones:

- Creación de hábitos saludables
- Gestión adecuada de emociones
- Fortalecimiento de redes de apoyo

Intervención Realizada Por: Aydeen Ruiz R. Cargo: PEV

No firmó

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: Achí

Nombre (es) y Apellidos: Julio Manuel Benitez Castro Fecha de Nacimiento: 04-10-19

Edad: 5

Identificación: RC: X TI: ___ CC: ___ No: 1044 827 721 de Achí

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Física EAPB: Nueva EPS

Régimen: S

Ocupación: N/A Lugar de Residencia: La playa / Achí

Nombre del Cuidador (a): Ana Elvira Castro Teléfono: 3207933411

Fecha de Elaboración: 12-06-25

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

Remitido a UGD - Municipio de: Achí

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

Orientaciones:

- Creación de hábitos saludables
- Fortalecimiento de redes de apoyo
- Gestión adecuada de emociones

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

No firma

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Achí

Nombre (es) y Apellidos: Ramona emilia polanco ortega Fecha de Nacimiento: 7U-07-60
Edad: 65
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 22796255 de Achi
Sexo: M ___ F X
Dx/Discapacidad: Física EAPB: nueva eps
Régimen: S
Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: La playa / Achi
Nombre del Cuidador (a): Julio Zuñiga Teléfono: 3153137911
Fecha de Elaboración: 12-06-25

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

Orientaciones:

- fortalecimiento de las redes de apoyo
- Gestión oportuna de insumos
- Creación de hábitos saludables

Intervención Realizada Por: Dayelis Ten Rodriguez Cargo: P.U

Ramona Polanco
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: Achí

Nombre (es) y Apellidos: Alonso Noya Perez Fecha de Nacimiento: 16-02-56
Edad: 69
Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 9136 114 de Achí
Sexo: M X F ___
Dx/Discapacidad: Visual EAPB: mutual
Régimen: S
Ocupación: N/A Lugar de Residencia: La playa / Achí
Nombre del Cuidador (a): Yulieny Noya Teléfono: 3103516151
Fecha de Elaboración: 12-06-25

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

Orientaciones:

- fortalecimiento de redes de apoyo
- Gestión educativa de emociones
- Habitos saludables

Intervención Realizada Por: Anyeleen Bonilla T. Cargo: PIC

No firma
Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Achi

Nombre (es) y Apellidos: Eleida Maria de los Santos Fecha de Nacimiento: 27-07-59

Edad: 65

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 36345 353 de Achi

Sexo: M ___ F X

Dx/Discapacidad: Física EAPB: Mutual Ser

Régimen: S

Ocupación: Ama de casa Lugar de Residencia: La playa / Achi

Nombre del Cuidador (a): Nelly Guerra Teléfono: 3206449215

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: Achi

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

Orientaciones:

- Crear y adquirir habitos saludables
- Gestión adecuada de emociones
- Fortalecimiento de Redes de apoyo

Intervención Realizada Por: Angelica M. P. Cargo: PIV

Eleida Maria
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: Achí

Nombre (es) y Apellidos: Edimburto montes de los santos Fecha de Nacimiento: _____

Edad: 70

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 19788350 de Achí

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: físicas EAPB: mutual

Régimen: S

Ocupación: N/A Lugar de Residencia: la playa / Achí

Nombre del Cuidador (a): Eduardo montes Teléfono: _____

Fecha de Elaboración: 17-06-25

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

Remitido a UGD - Municipio de: Achí

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

Orientaciones:

- fortalecimiento de redes de apoyo
- Gestion adecuada de emociones
- Creencias de habitos saludables

Intervención Realizada Por: Agleber Pacheco Cargo: P.U

No firma

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Achí

Nombre (es) y Apellidos: Edut caborcas cordero Fecha de Nacimiento: _____

Edad: 53

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 3.608825 6 de Achí

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: Físico EAPB: Nueva Eps

Régimen: S

Ocupación: Agricultor Lugar de Residencia: La play / Achí

Nombre del Cuidador (a): MA Teléfono: 3118828144

Fecha de Elaboración: 24-05-69

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: Achí

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

Orientaciones:

- fortalecimiento de Redes de apoyo
- Gestión de emociones
- desarrollo hábitos alimentos saludables.

Intervención Realizada Por: Agricultor Barrio Rodriguez Cargo: PIV

NO firma

Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE INTERVENCIÓN BREVE

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

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN No _____ MUNICIPIO: Achí

Nombre (es) y Apellidos: Abelio Arrieta Rodriguez Fecha de Nacimiento: 28-10-31

Edad: 90

Identificación: RC: ___ TI: ___ CC: X No: 3803291 de Achí

Sexo: M X F ___

Dx/Discapacidad: _____ EAPB: Mutual

Régimen: S

Ocupación: N/A Lugar de Residencia: La playa / Achí

Nombre del Cuidador (a): N/A Teléfono: 313 598 3146

Fecha de Elaboración: 17-06-25

2. TIPO DE CANALIZACIÓN: (Búsqueda Activa)

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

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

Remitido a UGD - Municipio de: Achí

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

Orientaciones:

- Fortalecimiento de redes de apoyo
- Hábitos Saludables
- Crianza adecuada de mascotas

Intervención Realizada Por: Angelica Maria R. Cargo: P.U

Alberto Arrieta
Firma e identificación de la persona entrevistada

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Alberto Arrieta Rodriguez

Tipo de documento: CC Número de documento: 3803791 Fecha de Nacimiento: 28-10-1951

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3135983146

Dirección-Municipio/Barrio: La playa Achí

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál N/A

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: segundo de primaria

Ocupación del beneficiario: 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 [X] 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. X La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. X 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. X 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. X Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [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 Salida al patio

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes NO

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 3 Cuantas personas tiene a cargo N/A

Ocupación de los miembros del hogar: Concejal

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?	X	
¿Siente que ha perdido el control de su vida?	X	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	X	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	X	
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?	X	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	X	
¿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 Discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para el desarrollo de las AVD
- Apto a los controles médicos

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los controles medicos para el mejoramiento y mantenimiento de un buen estado de salud

Nombre del beneficiario: Alberto Arrieta Rodriguez
No. Cedula: 3803291
Firma: AZBERTO

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angélica Renteria Rodriguez
Cédula: 1031 830 076
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. **Datos del beneficiario:**

Nombres y apellidos: Fabian Amani Coña

Tipo de documento: CC Número de documento: 1046397216 Fecha de Nacimiento: 30-NU-2003

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3170601458

Dirección-Municipio/Barrio: La Celva/ Achi

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Sin estudios

Ocupación del beneficiario: N/A

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

Categoria de discapacidad:

Visual ☐ Auditiva ☐ Fisica ☐ Múltiple ☒ 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. Foncoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál ND

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros ☐ Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro ☐ Quienes Padres y hermanos

Cuántas Personas conforman el hogar 6 Cuantas tienen discapacidad 2 Cuantas personas tiene a cargo 4

Ocupación de los miembros del hogar: C

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Cuenta con Certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asiste a los Controles médicos

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los Controles médicos para el mantenimiento de una adecuada Salud.

Nombre del beneficiario: Fabian Arrieta Cera
No. Cedula: 1046907216
Firma: Edier Cortazo Linares

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Maria Rodriguez
Cédula: 1051830076
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Edut Cabrera Cordero

Tipo de documento: CC Número de documento: 3.808.256 Fecha de Nacimiento: 24-05-69

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 316 882 8144

Dirección-Municipio/Barrio: playa alta/ Achi

Fecha de diligenciamiento: 18-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Segundo de primaria

Ocupación del beneficiario: Agricultor

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☐

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☐ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales N/A

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes papá

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

Ocupación de los miembros del hogar: Ama de Casa

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

VIII. Recomendaciones

Nombre del beneficiario: Edut Cabarcas Castaño
No. Cedula: 3808356
Firma: Edut Cabarcas

Profesional ESE Hospital de Mahates:

Nombre: _____

Cédula: _____

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: Edinson Jose Arteta Lopez

Tipo de documento: CC Número de documento: 1979098 Fecha de Nacimiento: 21-11-83

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3114019086

Dirección-Municipio/Barrio: la playa / Achí

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Bachiller

Ocupación del beneficiario: Trabajo manual / Con violonio

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [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 Salida al patio

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 Hermana

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 3 Cuantas personas tiene a cargo 0

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

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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	X
Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder		X
Poco interés o placer en hacer las cosas.		X
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		X
Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado		X
Sentirse cansado o con poca energía		X
Falta de apetito o comer en exceso		X
Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar televisión		X

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Presenta Certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para el desarrollo de las AVD
- Asiste a los controles de Salud

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario: Edinson Amaya Lopez
No. Cedula: 1197989610
Firma: Edinson Amaya Lopez

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angélica Rometh Rodriguez
Cédula: 1047846676
Firma: Angelica R

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 del Carmen Lopez Linero

Tipo de documento: CC Número de documento: 22796099 Fecha de Nacimiento: 6-09-60

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3187317914

Dirección-Municipio/Barrio: la playa / achi

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [ ] Comunidad Negra [ ] 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: Sin estudio

Ocupación del beneficiario: adulto mayor

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

X Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente

O Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo

O Requiere Terapia y/o Rehabilitación

O Requiere atención en salud actualmente

O Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente

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

O Recibe atención en salud actualmente

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

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 Hijos

Cuántas Personas conforman el hogar 4 Cuantas tienen discapacidad 3 Cuantas personas tiene a cargo 3

Ocupación de los miembros del hogar: Concejal y Ama de casa

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

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. [X] 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?		
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	X	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Cuenta con certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para el desarrollo de las AVD
- Asistir a las controles medicos.

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los citas medicas para el mantenimiento de una salud adecuada

Nombre del beneficiario: Maria Lopez Linares
No. Cedula: 22796099
Firma: Claudia patricia Arrieta L

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Maria Rodriguez
Cédula: 1031830076
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: Edimberto de los santos Montes

Tipo de documento: CC Número de documento: 19788350 Fecha de Nacimiento: 23-05-52

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3014220064

Dirección-Municipio/Barrio: los playas / Achi

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Sin estudio

Ocupación del beneficiario: N/A

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

Eps ☑ La familia ☐ ONG ☐ PcD ☐ Otro ☐

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores ☐

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales patio

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Hermana y Cuñado

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

Ocupación de los miembros del hogar: 4

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR	SI	NO
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que necesita?	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

- Cuenta con certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asiste a los controles médicos

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los servicios en salud

Nombre del beneficiario: Edimberto Montes
No. Cedula: 1978 8330
Firma: No firma

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angélica Maria Rodriguez
Cédula: 1051 870 076
Firma: Angelica

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: Eleida Montes de los Santos

Tipo de documento: CC Número de documento: 36 545 355 Fecha de Nacimiento: 22-02-59

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 370 644 29 15

Dirección-Municipio/Barrio: La playa / Achí

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: tercero de primaria

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Hermano

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

Ocupación de los miembros del hogar: peluquera

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 N/A

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

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 N/A

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

- Cuenta con Certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asiste a los controles médicos

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los controles de salud

Nombre del beneficiario: Elcida montes de los santos
No. Cedula: 36 345 359
Firma: Elcida montes De los santos

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Maria Rodriguez
Cédula: 1051 830076
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: Alvaro Noya florez

Tipo de documento: CC Número de documento: 9136124 Fecha de Nacimiento: 16-02-56

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3103516151

Dirección-Municipio/Barrio: La playa / Achi

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Septimo

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 [ ] 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 NO

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: NO

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales Entrada a la casa

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 Yerno y nieto)

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

Ocupación de los miembros del hogar: Estudiantes, oficios domé)

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Cuenta con Certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asiste a los controles medicos

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los controles de salud para el mantenimiento de una adecuada salud

Nombre del beneficiario: Alvaro Noya Florez
No. Cedula: 913 6174
Firma: NO Firmo

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Ramirez Rodriguez
Cédula: 1051893002
Firma: Angelica

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: Ramona Emilia polanco ortega

Tipo de documento: C.C Número de documento: 22796 253 Fecha de Nacimiento: 20 de mayo 1960

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 315 313 7911

Dirección-Municipio/Barrio: La palma

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: tercero de primaria

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

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

Categoría de discapacidad:

Visual [ ] Auditiva [ ] Física [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 NO

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [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 [X] Pasillos [ ] Calles [ ] Andenes [ ] Parques [ ] Transporte [ ] Hospital [ ] Ninguno [ ]

Otros [ ] Cuales Jerrazo

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 N/A

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

Ocupación de los miembros del hogar: Mototaxista

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Tiene Certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asiste a los controles medicos

VIII. Recomendaciones

Asiste a los controles medicos

Nombre del beneficiario: Ramona Emilia Polanco Ortega
No. Cedula: 22796255
Firma: Ramona Polanco Ortega

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Barrio Rodriguez
Cédula: 1051080026
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: Julio manuel Benitez Castro

Tipo de documento: RC Número de documento: 1044827721 Fecha de Nacimiento: 04-10-2019

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3207935411

Dirección-Municipio/Barrio: La playa / Achi

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [ ] Comunidad Negra [ ] 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 [X] Múltiple [ ] Sordoceguera [ ] Intelectual [ ] Psicosocial [ ]

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. 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. X Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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 N/A

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [x] Energía Eléctrica [x] Gas Natural [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 No

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Hermano)

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

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 NO

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Tiene certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asiste a los Controles medicos

VIII. Recomendaciones

- Asista a las Consultas medicas para el mantenimiento de una adecuada Salud

Nombre del beneficiario Julio Benitez Castro
No. Cédula: 1044 617721
Firma: Julio Castro Oviedo

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Maria P.
Cédula: 1001 520 016
Firma: Angelica P

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: Nuvis del Carmen Ruiz Guerrero

Tipo de documento: CC Número de documento: 1046401326 Fecha de Nacimiento: 16-03-59

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 312 622 23 50

Dirección-Municipio/Barrio: Sal si puedes / Achí

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [ ] Comunidad Negra [ ] 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: Sin estudio

Ocupación del beneficiario: N/A

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

X 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
X 12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

X Requiere Ayuda de otra persona de manera permanente

O Requiere Ayuda técnica/producto de apoyo

O Requiere Terapia y/o Rehabilitación

O Requiere atención en salud actualmente

O Recibe terapia y/o Rehabilitación actualmente

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

X Recibe atención en salud actualmente

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: NO

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [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 [ ] Calles [ ] Andenes [ ] Parques [ ] Transporte [ ] Hospital [ ] Ninguno [ ]

Otros [ ] Cuales NO

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Hermana, Cuñado y madre

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

Ocupación de los miembros del hogar: Agricultor

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Cuenta con Certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asiste a los controles medicos

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario Nuvia del Carmen Gutierrez
No. Cedula: 1046401326
Firma: no firma

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelvin Ramos Rodriguez
Cédula: 1051834076
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: Jose Luis oliveros ficio

Tipo de documento: CC Número de documento: 19790385 Fecha de Nacimiento: 01-06-79

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3116047671

Dirección-Municipio/Barrio: Venezuela

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Sexto

Ocupación del beneficiario: Mecanico

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: NO

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales NO

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Solo

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

Ocupación de los miembros del hogar: NO

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. X Programas de Víctimas
8. Auxilios madre cabeza de familia
9. Otro-Cuál NO

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- tiene Cedula de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asiste a los Controles medicos

VIII. Recomendaciones

- Asista a los controles medicos para el mantenimiento de una Salud adecuada

Nombre del beneficiario: Jose olimpio pitto
No. Cedula: 1979385
Firma:

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Maria Rodriguez
Cédula:
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: Nubadit polanco mendoza

Tipo de documento: CC Número de documento: 17786240 Fecha de Nacimiento: 03-11-68

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3017409313

Dirección-Municipio/Barrio: Venezuela / Achí

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: tercero de bachillerato

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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: dejaron de brindarle las terapias

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 [ ] 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 [ ] Calles [ ] Andenes [ ] Parques [ ] Transporte [ ] Hospital [ ] Ninguno [ ]

Otros [ ] Cuales _____

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Madre e hija

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

Ocupación de los miembros del hogar: Ama de casa

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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. X Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. Grupo religioso
6. Reuniones con ICBF
7. Programa de tierras
8. Programas de emprendimiento
9. Ninguna
10. Otra, Cuál NO

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- tiene certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asistir a los controles médicos

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los controles medicos para el mantenimiento de una salud adecuada

Nombre del beneficiario: Nubbainth polanco Mendoza
No. Cedula: 1778624D
Firma: No firma

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Ruth K
Cédula: 1051820016
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: Luis Eduardo Mojo Andrade

Tipo de documento: CC Número de documento: 19791080 Fecha de Nacimiento: 30 - 10 - 1984

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3179903553

Dirección-Municipio/Barrio: Uanajuka / Lachí

Fecha de diligenciamiento: 12 - 06 - 25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: NOVENO

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. X El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. 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. X Otra

El beneficiario con discapacidad:

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

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

1. Medicina física
2. Psiquiatría
3. X 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. X Considera que no lo requiere
6. No le gusta

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: NO

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales NO

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Hermanos

Cuántas Personas conforman el hogar 5 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo NO

Ocupación de los miembros del hogar: oficios Varios

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

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

VIII. Recomendaciones

Asistir a los controles medicos para el mejoramiento de la salud

Nombre del beneficiario: Luis Eduardo Meza Andrade
No. Cedula: 19971080
Firma: Luis Meza

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Rentería D.
Cédula: 1031830076
Firma: Angelica

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: Yeiro Bohorquez Blanco

Tipo de documento: CC Número de documento: 1007048075 Fecha de Nacimiento: 10-06-95

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3212807126

Dirección-Municipio/Barrio: Venezuela / Achí

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Administración publica

Ocupación del beneficiario: Desempleado

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 [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. X El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: ND

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales NO

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes tia y prima

Cuántas Personas conforman el hogar 3 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo NO

Ocupación de los miembros del hogar: oficios domicilios

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- tiene Certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asiste a los Servicios anteriores

VIII. Recomendaciones

- Asistir a los Servicios medicos para mejorar el estado de Salud

Nombre del beneficiario: Yairo Bohorquez Blanco
No. Cedula: 1002048075
Firma: Yairo Bohorquez Blanco

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Maria Rodriguez
Cédula: 1003830076
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: Yamile Rojas Galvan

Tipo de documento: CC Número de documento: 22797168 Fecha de Nacimiento: 24-08-88

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3202753086

Dirección-Municipio/Barrio: Villa Janeth / Achí

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál: _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: primaria

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. X Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. 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
- X Recibe atención en salud actualmente
- X Cuenta con la persona de apoyo para las actividades de la vida diaria

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: NO

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [ ] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [ ] Agua Embotellada [X] 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 entrada de la Casa

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 su nieto

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

Ocupación de los miembros del hogar: estudiante

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

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

VIII. Recomendaciones

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

Nombre del beneficiario Yamile Rojas Galvan
No. Cedula: 22 797168
Firma: xYamiRS

Profesional ESE Hospital de Mahates
Nombre: Angelica Ramos P.
Cédula: 1051836626
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: Aleida Vanegas Cerpa

Tipo de documento: CC Número de documento: 22797026 Fecha de Nacimiento: 15-01-1972

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 312 855 96 21

Dirección-Municipio/Barrio: Villa yaneth

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno ☐ Otro ☐ Cuál ____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores ☒

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: octavo

Ocupación del beneficiario: Ama de casa

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

Categoría de discapacidad:

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

¿Cuenta con certificación de discapacidad? Si ☐ No ☒

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: ND

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [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 [ ] Rio [ ] Pozo [ ]

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

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

Otros [ ] Cuales NO

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes 2 hijas y dos nietos

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

Ocupación de los miembros del hogar: oficios varios

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Hace Cinfirmo de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVD
- Asiste a los controles medicos

VIII. Recomendaciones

- Asista a los controles medicos para el mejoramiento del estado de Salud

Nombre del beneficiario Aleida Vanegas Cerpa
No. Cedula: 22 797076
Firma: x Aleida Vanegas S

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Ramos D.
Cédula: 1051 830076
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: Linda Vanegas Mesa

Tipo de documento: CC Número de documento: 1046404996 Fecha de Nacimiento: 13-10-96

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3206632345

Dirección-Municipio/Barrio: villa yaneth/ Achi

Fecha de diligenciamiento: 12-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál NO

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: Bachiller

Ocupación del beneficiario: Empresdora

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. X El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

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

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: NO

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

Propia [ ] 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 [ ] Recolección de Basuras [ ] Telefonía Fija [ ]

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

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

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

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

Otros [ ] Cuales NO

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Agosto

Cuántas Personas conforman el hogar 3 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo NO

Ocupación de los miembros del hogar: Soldador

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

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

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- Tiene calificación de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para los AVD
- Asiste a los Controles medicos

VIII. Recomendaciones

- Asista a los Controles medicos para mejorar el estado de Salud

Nombre del beneficiario: Linda Vanegas Mario
No. Cedula: 1046 404 996
Firma: Linda Vanegas Mario

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelica Maria Rodriguez
Cédula: 1051 830 076
Firma:

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

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

I. Datos del beneficiario:

Nombres y apellidos: Neyi Machado Candelario

Tipo de documento: CC Número de documento: 33309685 Fecha de Nacimiento: 09-10-501

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 3127364978

Dirección-Municipio/Barrio: Villa yaneth / Achí

Fecha de diligenciamiento: 13-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

Afrocolombiano [ ] Comunidad Negra [ ] 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: 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 [x] 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. X El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. Piel, pelo, uñas

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. X Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. Hablar y comunicarse
6. 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. X Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13. X Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
15. Ninguna
16. Otra

El beneficiario con discapacidad:

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

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

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

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

Acueducto [X] Energía Eléctrica [X] Gas Natural [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 N/A

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes Hijo, Nieto, Yerno

Cuántas Personas conforman el hogar 6 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo N/A

Ocupación de los miembros del hogar: Trabajo Alcaldía, docente

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. [X] 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 N/A

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

V. Encuesta Persona con Discapacidad

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

VI.

ENCUESTA PARA CUIDADOR DE PCD

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

VII. Observaciones Generales

VIII. Recomendaciones

Nombre del beneficiario Condición muy mocha
No. Cedula: 33 309 685
Firma: No firma

Profesional ESE Hospital de Mahates:

Nombre: _____

Cédula: _____

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: Edwin Tapia Silva

Tipo de documento: C.C Número de documento: 1051736324 Fecha de Nacimiento: 22-06-94

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

Datos de contacto Teléfono/ Celular: 320 476 80 26

Dirección-Municipio/Barrio: Sol si puedo / Achí

Fecha de diligenciamiento: 13-06-25

Tipo de beneficiario:

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

Ninguno [ ] Otro [ ] Cuál _____

Grupo Étnico del beneficiario:

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

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

Sistema de seguridad social en salud del beneficiario:

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

Nivel de escolaridad del beneficiario: primaria

Ocupación del beneficiario: oficios domésticos

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

Categoría de discapacidad:

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

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

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

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

En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

1. Pensar, memorizar
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3. X Oír aún con aparatos especiales
4. Distinguir sabores u olores
5. X Hablar y comunicarse
6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
7. Masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos
8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9. Caminar, correr, saltar
10. Mantener piel, pelo, uñas sanas
11. 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:

- O 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
- Ø 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. X Fonoaudiología
5. Terapia Ocupacional
6. Psicología
7. Trabajo social
8. Otro, Cuál NO

El servicio de rehabilitación está a cargo de:

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

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

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

Tiempo sin recibir servicio de rehabilitación: N/A

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

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

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

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda:

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

Condición de posesión de la vivienda:

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

Servicios Públicos con que cuenta la vivienda:

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

Ninguna de las anteriores [ ]

Para la preparación de los alimentos toman el agua de:

Acueducto [X] Carro Tanque [ ] Agua Lluvia [ ] Agua Embotellada [ ] 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 NO

III. Composición Familiar:

El beneficiario actualmente vive con:

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

Otro [ ] Quienes dos Hermanos, y tíada, madre

Cuántas Personas conforman el hogar 7 Cuantas tienen discapacidad 1 Cuantas personas tiene a cargo N/A

Ocupación de los miembros del hogar: Vendedor ambulante

IV. Entorno Social y Redes de Apoyo

Algún miembro del hogar es beneficiario de:

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

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

El beneficiario a algún miembro de la familia asiste a:

1. Reuniones de la comunidad
2. Reunión de Victimas
3. Eventos deportivos-culturales-Recreativos
4. Reuniones de personas con discapacidad
5. [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?	X	
¿Siente que ha perdido el control de su vida?		X
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		X
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?		X
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		X
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

VII. Observaciones Generales

- tiene Certificado de discapacidad
- Cuenta con persona de apoyo para las AVd
- Asiste a las Controles medicos

VIII. Recomendaciones

- Asista a los Controles medicos para mejorar el estado de salud

Nombre del beneficiario: Edwin Lopez Silva
No. Cedula: 1051736329
Firma: NO Firma

Profesional ESE Hospital de Mahates:
Nombre: Angelin Ramos R.
Cédula: 1051820026
Firma: