11529

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHAS DE CARACTERIZACIÓN

11530

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHAS DE CARACTERIZACIÓN CONSEJO COMUNITARIO COCOSAR

11531

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025
COMUNIDAD: COCOSAL.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	ABEL ARAYA AGRESOTH					
Edad:	58 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**	96186460	
Fecha de Nacimiento:	09 - julio - 1966			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	V. Alto Cerro Rojo			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3148748015			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
64.4	1.64	23.9	158/95

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	✓	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11532

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 / 08 / 25 /

COMUNIDAD: Cacosar.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Susgey Murillo Sanchez.						
Edad:	48 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	**N° de Documento:**	49.605740		
Fecha de Nacimiento:	10 - Dic - 1976			**Nacionalidad:**	Colombiana.		
Dirección:	V. Alto Caro Rojo			**EAPB:**	Nueva Eps.		
N° de teléfono:	3106771806.			**Tiempo de residencia:**			

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
87.	1.76	28.1	138/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11533

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025

COMUNIDAD: COCOSAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	SAMUEL ANTONIO MATTOS					
Edad:	50				**Sexo:**	MASCULINO
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		18929356
Fecha de Nacimiento:	01-02-1975				**Nacionalidad:**	COLOMBIANO
Dirección:	VEREDA ALTO AÑO ROJO				**EAPB:**	NUEVA EPS
N° de teléfono:	3214355557				**Tiempo de residencia:**	8 AÑOS

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
60k.	1.75	19.6	132/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11.539

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 /08/2025/
COMUNIDAD: COCOSAR

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Rodolfo Roa Arenas						
Edad:	60				**Sexo:**	M	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		91224820	
Fecha de Nacimiento:	14 enero 1964				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda alto caño Rojo				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3114934547				**Tiempo de residencia:**	6 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
84.2	167	30.2	156/72

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	X	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11535

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025
COMUNIDAD: COCOSAR

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Vicente Conda Molina						
Edad:	64				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		17,527,012	
Fecha de Nacimiento:	11-Nov-1960				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Laredo alto caño rojo				**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:					**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
75	1,62	28.6	125/95

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11536

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 / 08 / 2025
COMUNIDAD: Cacosar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Johan David Rojas Vanegas					
Edad:	16 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**	T.I. 1115731205	
Fecha de Nacimiento:	24 octubre 2008			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Alto Cano Rojo			**EAPB:**	Mega EPS	
N° de teléfono:	3112441181			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
59.5	1.74	19.7	100/86

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11537

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025
COMUNIDAD: Consejo Comunitario Cocosar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Cindy Graciela Caceres Arciniegas						
Edad:	36				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**			1115730757
Fecha de Nacimiento:	09-08-1989				**Nacionalidad:**		Colombiana
Dirección:	Vereda Alto Caño Rojo				**EAPB:**		NUEVA E.P.S.
N° de teléfono:	3214355557				**Tiempo de residencia:**		8 AÑOS

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
103,5 kg.	1596.	42.5	159/62

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025

COMUNIDAD: COCOSAN

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	ONEIDA CECILIA MORENO P.					
Edad:	49 AÑOS			**Sexo:**	F.	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	**N° de Documento:**	63.512.456	
Fecha de Nacimiento:	08-12-1975			**Nacionalidad:**	COLOMBIANA	
Dirección:	V. ALTO CAÑO ROJO			**EAPB:**	COOSALUD	
N° de teléfono:	3165103633			**Tiempo de residencia:**	6 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
92	1.58	36.9	129/86.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11539

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 /08 /2025
COMUNIDAD: Caosar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Wiliardo Luna						
Edad:	65 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		79 290 614	
Fecha de Nacimiento:	06 Septiembre /1959				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Alto Cano Rojo				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	320 4100148				**Tiempo de residencia:**	4 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
92 Kg.	1,72	31.3	128/74.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	X	
3	¿Presenta alguna discapacidad?	X	
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?	X	
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11540

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 / 08 / 2025

COMUNIDAD: Cocúar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yilan Cordoba Garcia						
Edad:	52 Años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		63367734	
Fecha de Nacimiento:	30 Septiembre / 1972				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Alto Cano Rojo				**EAPB:**	Mallaeps	
N° de teléfono:	320 390 4510				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
72,2 kg.	157,5.	29.3	104/73

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	X	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	X	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025
COMUNIDAD: COCOSAR.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Barbarita Anaya - Agresoth					
Edad:	52 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**	68.247.219	
Fecha de Nacimiento:	02-10-1972			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Alto Caño Rojo			**EAPB:**	N. EPS	
N° de teléfono:	3123133133			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
55,85kg.	1,61	21.5	114/76.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	*	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?	X	
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025
COMUNIDAD: CoCoSax

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Leidis Marcela Luna Caballos.					
Edad:	35			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		1116496527
Fecha de Nacimiento:	23/11/1989			**Nacionalidad:**		Colombiana
Dirección:	Vereda Alto Caño Rojo			**EAPB:**		Nueva EPS
N° de teléfono:	3102871787			**Tiempo de residencia:**		10 años.

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
94,8kg	162,4	36.1	115/78

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

1115B

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025

COMUNIDAD: Cocosar.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Elter Danilo Flores Cruz						
Edad:	46				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		1115728663	
Fecha de Nacimiento:	06-Agosto-1986				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Vereda Alto caño Rojo				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3118225336				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
94.3kg	172.6	31.9	122/69.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	X	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11544

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/07/2025
COMUNIDAD: COCOSAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nini Giovana Vanegas Alarcon						
Edad:	40				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	PPT	CV	**N° de Documento:**		68299388	
Fecha de Nacimiento:	16-Dic-1984				**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vereda caño Rojo				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3112443 - 3112441181				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
70kg	165.5	25.7	89/57

III. ATENCION COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	x	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

17545

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025

COMUNIDAD: Cocosar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Edison Alberto Mosquera Calle						
Edad:	50 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		7118942	
Fecha de Nacimiento:	01 Mayo 1975				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Alto Cano Rojo				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3118398003				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
81,4	1.72.4	20.3	120/85.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	X	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11546

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/07/2025
COMUNIDAD: COCOSAR

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	José Domingo Borrio Arrieta						
Edad:	84				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC x	PPT	CV	**N° de Documento:**		6628747	
Fecha de Nacimiento:	15/ septiembre /1940				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Vereda Alto caño Rojo				**EAPB:**	Nuevo Eps.	
N° de teléfono:	3219077922.				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
89,1	1,78	28.1	186/101

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		x
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

111547

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 / 08 / 2025
COMUNIDAD: CoCoSar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Deyvis Jhoan Bayelo Vanegas				
Edad:	21 años			**Sexo:**	Masculino
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**	1.006.476.869
Fecha de Nacimiento:	13 noviembre / 2003			**Nacionalidad:**	Colombiano
Dirección:	Caño Rojo Alto			**EAPB:**	Nueva EPS
N° de teléfono:	3044643799			**Tiempo de residencia:**	10 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
68	1.76	22	101/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11548

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 /08/2025/

COMUNIDAD: Cocosar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Samuel Bedoya Luna						
Edad:	9 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** x	**N° de Documento:**	1115743082	
Fecha de Nacimiento:	16 abril 2016				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Alto de Cano Rojo				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3202971787				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
27,75 kg	1'28 Cm	16.9	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	x	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 / 08 / 2025

COMUNIDAD: Cocuy

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Samir Alfonso Matos Cáceres						
Edad:	12 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**N° de Documento:**	1.115 738 263	
Fecha de Nacimiento:	2 / marzo / 2013				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Alto de Cano Rojo				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3214355557				**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
47.45	154.5	20	100/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

1111550

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 /08 /2025/
COMUNIDAD: Cocuy

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Karoll Michell Verdugo Luna						
Edad:	16 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**N° de Documento:**	1052713012	
Fecha de Nacimiento:	15-Ener-2009				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	A Hoj Cayo Rojo				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3205682880				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
57.8	154.3	24.9	100/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

19551

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 / 08 / 2025
COMUNIDAD: Coc.Sor

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Samuel Jesus Matos Caceres						
Edad:	13 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** x	**N° de Documento:**	1115736228	
Fecha de Nacimiento:	19 / Noviembre / 2011				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Altos Cano Roja				**EAPB:**	nuevaEPS	
N° de teléfono:	321 435 5557				**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
67.85	170.5	23.5	113/86

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11552

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025
COMUNIDAD: Cocalar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Karen Sofia Ruiz Alarcón						
Edad:	17 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC	PPT	CV	TI X	**N° de Documento:**	1115729512	
Fecha de Nacimiento:	29 Nov 2007				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Alto Caño Rojo				**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3144725222				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
46 kg	1.62	19.1	102/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	√	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11553

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025
COMUNIDAD: CoCoSar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ana Celia Alarcón Castillo						
Edad:	58				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	**N° de Documento:**		24245346	
Fecha de Nacimiento:	03 Abril / 1967				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	A Hos Caño Rojo				**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3147295222				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
70	1.68.5	24.8	132/88

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	+	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11554

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025

COMUNIDAD: COOSAL.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Keily Yinara Castillo Mano						
Edad:	13 años.				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1.157.964.972	
Fecha de Nacimiento:	31-12-2011				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Alto caño rgo.				**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3165103633				**Tiempo de residencia:**	13 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 43		TALLA: 143		IMC: 21,03		T.A: 80/100	

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

11555

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 / 08 / 2025
COMUNIDAD: COCOSAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Martin Jose Herrera Martinez					
Edad:	57 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	**N° de Documento:**	735627 78	
Fecha de Nacimiento:	11 noviembre/ 1967			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Alto la Pajuila			**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	3205736623			**Tiempo de residencia:**		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
63	1.64	23.9	130/87

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	X	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11556

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/08/2025
COMUNIDAD: COCOSAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Erick Samuel Galeano Murillo						
Edad:	8 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**		1.157.969.311	
Fecha de Nacimiento:	13/Junio/2017				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	Alto caño rgo.				**EAPB:**	Coosalud.	
N° de teléfono:	3204715471				**Tiempo de residencia:**	Siempre	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
33	134	18.4	N. A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11557

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 / 08 / 2025

COMUNIDAD: Cocosar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ramona Liliboth Gomez Araya.						
Edad:	18 años.				**Sexo:** Femenino.	F.	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		1.115.727.539.	
Fecha de Nacimiento:	16 febrero / 2007.				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Alto caño rojo.				**EAPB:**	Coosalud.	
N° de teléfono:	3219843150.				**Tiempo de residencia:**	10 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
56	1.63	21.1	100/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	-
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11558

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 / 08/2025 /
COMUNIDAD: COCOSAR.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Emilse Perez Perez.						
Edad:	51 años.				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	**N° de Documento:**		68.306.910	
Fecha de Nacimiento:	14 agosto / 1975				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Alto la Pajuila				**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	3205736623				**Tiempo de residencia:**	16 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
59	1.64.	21.9	130/89

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11559

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12 / 08 / 2025 /
COMUNIDAD: Cocosal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Eugenio Benito Galeano						
Edad:	68 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**	17.526.041		
Fecha de Nacimiento:	21 - Sep - 1956.			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	V. Alto Caño Rojo.			**EAPB:**	Nueva EPS.		
N° de teléfono:	3209715471.			**Tiempo de residencia:**	10 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
62	1.66	22.5	111/86

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	X	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

1560

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/09/2025
COMUNIDAD: CoCoSar

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Logan Guerra Badillo						
Edad:	41 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	**N° de Documento:**		88221131	
Fecha de Nacimiento:	14 enero	1984			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Alto Cano Rojo				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3142984303				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
72	1.68	25.5	130/86

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

-11561

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 12/ 08/2025/

COMUNIDAD: Cocuy

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Lilia Ruiz Orozco						
Edad:	66 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	**N° de Documento:**		23997923	
Fecha de Nacimiento:	18 - Julio	1960			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Alto Campo Rojo				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3193121964				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 60.	TALLA: 1.52	IMC: 26.	T.A: 143/88

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11562

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHAS DE CARACTERIZACIÓN CONSEJO COMUNITARIO AFRO PUERTO CONTRERAS

11563

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: Consejo Comunitario Afros pto. Colombia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Genesis Del Carmen Vasquez Cossi						
Edad:	33 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV** X	**TI**	**N° de Documento:**	19944525	
Fecha de Nacimiento:	5/Nov/1991				**Nacionalidad:**	Venezolana	
Dirección:	V. pto Contreras				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3118979913				**Tiempo de residencia:**	15	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
120	157	48.68	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	X	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11564

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 22/08/2025

COMUNIDAD: Aeropuerto Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Gloria Mercedes Agudelo Salgar						
Edad:	26				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	1006409462	
Fecha de Nacimiento:	18/01/1999				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda pto Contreras				**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:					**Tiempo de residencia:**	26 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
71,55	1,66.1	26	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	Y	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11565

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: Atros pt. Contreras.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Pablo Andrey Santos Martinez						
Edad:	8				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**N° de Documento:**	1.116811096	
Fecha de Nacimiento:	4/01/2017				**Nacionalidad:**	Venezolano	
Dirección:	Vereda Puerto Contreras				**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3505559987				**Tiempo de residencia:**	8	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
25.75	125	25.3	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

1156Q

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20 / 08 / 2025 /

COMUNIDAD: Puerto contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Karlex Yumuin Santos Martinez						
Edad:	13				**Sexo:**	femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	TI X	**N° de Documento:**	1127356381	
Fecha de Nacimiento:	21 agosto 2021				**Nacionalidad:**	venezolana	
Dirección:	P1o. conticias				**EAPB:**	cocsalud	
N° de teléfono:	3505559987				**Tiempo de residencia:**	13 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
62.35	157.1	1.571	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?	F	
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	/
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11567

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025

COMUNIDAD: C.C.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	ERIKA ZENAIDA VEGA MORALES						
Edad:	27				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	1115743433	
Fecha de Nacimiento:	27-07-1998				**Nacionalidad:**	COLOMBIANA.	
Dirección:	V. PTO. CONTRERAS				**EAPB:**	NUEVA EPS.	
N° de teléfono:	3202872258				**Tiempo de residencia:**	3 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 70	TALLA: 1.58	IMC: 28	T.A: 108/69.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	X	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11508

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: C.C. PTO CONTRERAS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	ELIGIO MANUEL JANID CABARCA						
Edad:	67.				**Sexo:**	MASCULINO	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	3808187-	
Fecha de Nacimiento:	24-06-1958				**Nacionalidad:**	COLOMBIANO	
Dirección:	V. PTO. CONTRERAS				**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	3144375034				**Tiempo de residencia:**	70 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
86	1.61	33.2	145/85

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

111569

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/8/2025

COMUNIDAD: C.C. PTO. CONTRERAS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	RUTH PABON						
Edad:	52				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	37710786	
Fecha de Nacimiento:	19-12-1972				**Nacionalidad:**	COLOMBIANA	
Dirección:	V. PTO. CONTRERAS				**EAPB:**	COOSALUD	
N° de teléfono:	3502445945				**Tiempo de residencia:**	14 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
65.7	1.54.	27.7	128/89.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	Si	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		no
3	¿Presenta alguna discapacidad?		no
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		no
5	¿Tiene hijos?	Si	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	Si	
7	¿Consume alcohol?		no
8	¿Consume tabaco?		no
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		no
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	Si	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		no
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	si	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	Si	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		no
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		no
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		no
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		no
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		no
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		no
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	Si	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		no
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	Si	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	Si	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11570

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025

COMUNIDAD: Consejo Comunitario Afros pto. Colombia.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Kenner Fabian Zuluaga Galindo						
Edad:	19 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**TI**	**N° de Documento:**	1116494340	
Fecha de Nacimiento:	28/Agosto/2005				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda pto. Contreras				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3173390921				**Tiempo de residencia:**	19 a	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
59	169	20.6	110/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	X	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

1115;71

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20 / 08 / 2025
COMUNIDAD: Consejo Comunitario Afros. pto. Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Dilson Arley Vega Porras						
Edad:	29 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**TI**	**N° de Documento:**	1115739849	
Fecha de Nacimiento:	25/01/1996				**Nacionalidad:**	Colombiana.	
Dirección:	V. pto Contreras				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	350 2266 777				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
74	1.70	25.61	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	X	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11572

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: Consejo Comunitario Pto. Contreras.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Julyan David Florez Vega						
Edad:	11 a				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC	PPT	CV	TI X	**N° de Documento:**	1115740547	
Fecha de Nacimiento:	18/Ago/2014				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	V. Pto Contreras				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	350 287 2258				**Tiempo de residencia:**	11 a	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
32.95	132.3	18.8	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11573

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20 / 08 / 2025
COMUNIDAD: C G Puerto Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nayarth Yuliana Vargas Pabón						
Edad:	16 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** x	**N° de Documento:**	1115731173	
Fecha de Nacimiento:	07 octubre / 2008				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda Puerto Contreras				**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3187945369				**Tiempo de residencia:**	16 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 47.8	TALLA: 1.54	IMC: 20.2	T.A: 104 - 68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11574

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: Consejo Comunitario Puerto Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Andrea Carolina Arduta Vasquez						
Edad:	17 años				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**N° de Documento:**	1115-73-7442	
Fecha de Nacimiento:	03 Julio 2008				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Puerto Contreras				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	311 897 9913				**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 61	TALLA: 1.63	IMC: 23	T.A: 94-62

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	X	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11575

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 10/08/2025

COMUNIDAD: C.C. PTO CONTRERAS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	NICOLAS ARLEY VEGA ACEVEDO						
Edad:	8				**Sexo:**	MASCULINO	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**N° de Documento:**	1115743866.	
Fecha de Nacimiento:	03-11-2016				**Nacionalidad:**	COLOMBIANO	
Dirección:	V. PTO. CONTRERAS				**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	3502427287				**Tiempo de residencia:**	8 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
25.3	1.28.	15.4	

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: C. C. Puerto Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Elany Sofia Zuluaga Galindo						
Edad:	11 años				**Sexo:** Femenino		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**N° de Documento:**		1.148.703.102
Fecha de Nacimiento:	31 Mayo 2014				**Nacionalidad:**		Colombiana
Dirección:	Vda Puerto Contreras				**EAPB:**		Nueva EPS
N° de teléfono:	3506680635				**Tiempo de residencia:**		4 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 54	TALLA: 1.54	IMC: 22.8	T.A: 130/86

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11577

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: CC.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yetsibell faviana Mastiaga Perozo						
Edad:	10				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**N° de Documento:**	1233921410	
Fecha de Nacimiento:	07-Jul-2015				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Puerto contreras				**EAPB:**	Nuevo EPS	
N° de teléfono:	3162518473				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	34,7	TALLA:	1,46	IMC:	1.96.	T.A:	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		✓
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

11578

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: C.C Puerto Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Geandry José Archila Vasquez						
Edad:	15 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** x	**N° de Documento:**	1115733443	
Fecha de Nacimiento:	01 Junio 2010				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Vda Puerto Contreras				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3178557244				**Tiempo de residencia:**	4 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 72	TALLA: 1.71	IMC: 24.6	T.A: 127 - 74

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11579

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20 / 08 / 2025 .
COMUNIDAD: Consejo Comunitario Afros. pto. Contreras .

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	David Bustamante Rodriguez						
Edad:	7 años 8 meses				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**N° de Documento:**	1115745482	
Fecha de Nacimiento:	27 / Nov / 2017				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda pto Contreras				**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	316 6760 682				**Tiempo de residencia:**	7 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
30	125	19.2	

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?	X	
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11580

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20 / 08 / 2025 .
COMUNIDAD: Consejo Comunitario Afros. pto. Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jhon Jairo Marriaga						
Edad:	8 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**N° de Documento:**	1233921409	
Fecha de Nacimiento:	21 / Febrero / 2017				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda Puerto Contreras				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3162518473				**Tiempo de residencia:**	8 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
26.30	128.7	15.8	

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11581

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: Consejo Comunitario Afros. pto. Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nury yelitza loaiza vega						
Edad:	6 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI**	**N° de Documento:** RC	1157967545	
Fecha de Nacimiento:	17/01/2019				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. pto. Contreras				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	350 2872258				**Tiempo de residencia:**	6 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
17.4	115.7	12.93	

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11582

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20 / 08 / 2025
COMUNIDAD: AFLOS PUERTO CONTRERAS.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Vargas Sanchez Santofe						
Edad:	67				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**TI**	**N° de Documento:**	17526091	
Fecha de Nacimiento:	05 - Abril - 1957				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	V. Puerto Contreras				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3138944250				**Tiempo de residencia:**	50	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
69	1,63	26.0	132/90

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11583

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025

COMUNIDAD: Aldea Pto. Contreras.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Manuel Andres Vargas Pabon						
Edad:	26				**Sexo:**	I	Hombre
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**		1007191237
Fecha de Nacimiento:	25-May-1999				**Nacionalidad:**		Colombiano
Dirección:	V. Puerto Contreras				**EAPB:**		Nueva EPS
N° de teléfono:	3138941250				**Tiempo de residencia:**		26 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 79	TALLA: 1.82.	IMC: 22	T.A: 120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?	X	
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11584

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: Afros puerto Contreras.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Olinda Martinez Rey						
Edad:	41				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	1115727723	
Fecha de Nacimiento:	12/Nov/1983				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda puerto Contreras				**EAPB:**	CooSalud	
N° de teléfono:	350 555 9987				**Tiempo de residencia:**	17	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
59.10	142.9	28.9	128/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11585

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: V. Pto Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Esteban Archila Villamizar						
Edad:	49 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**TI**	**N° de Documento:**	96189573	
Fecha de Nacimiento:	2/Ago/1976				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Pto Contreras				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3118979913				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
73.85	169	25.5	130/83

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11586

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: C.C PTO CONTRERAS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	ANORY YOSELIN SAMANAY CEPPA						
Edad:	33				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	CC ^	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	1115752340	
Fecha de Nacimiento:	18-02-1992				**Nacionalidad:**	COLOMBIANA.	
Dirección:	V. PTO. CONTRERAS				**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	3182076979				**Tiempo de residencia:**	4 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
55.6	1.52	24.1	106/71

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11587

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20 / 08 / 2025
COMUNIDAD: C.C. Puerto Cortez

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nirama Galindo Sanchez						
Edad:	39 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**TI**	**N° de Documento:**	1116855337	
Fecha de Nacimiento:	5 Febrero 1986				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda Puerto Cortez				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3506686035				**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 64.6	TALLA: 1.55	IMC: 26.9	T.A: 126/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11588

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 10/08/2025
COMUNIDAD: C.C - PTO. CONTRERAS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	YINETH KARELYS MEZA MORA						
Edad:	34				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	1115731777	
Fecha de Nacimiento:	01-12-1990				**Nacionalidad:**	COLOMBIANA	
Dirección:	V. PTO. CONTRERAS				**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	3506279321				**Tiempo de residencia:**	14 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
72	1.58	28.8	113/70

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11589

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20 / 08 / 2025 /
COMUNIDAD: C.C PTO CONTRERAS.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	SISI MARIA CARDENO BUSTAMANTE.						
Edad:	31 AÑOS				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	1006594237.	
Fecha de Nacimiento:	02-02-1994				**Nacionalidad:**	COLOMBIANA.	
Dirección:	V. PTO CONTRERAS				**EAPB:**	COOSALUD	
N° de teléfono:	3212975453				**Tiempo de residencia:**	15 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
71.6	1.63	26.9	108/78

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	✓	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	✓	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		✓
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11590

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: C.C Puerto Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ivone Torres Sánchez						
Edad:	24 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	1006429841	
Fecha de Nacimiento:	06 Septiembre 2000				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Puerto Contreras				**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	3188930139				**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 63.7	TALLA: 1.65	IMC: 22.7	T.A: 106 - 64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?	X	X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11591

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: C.C. PTO CONTRERAS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	NAYIBIS ACEVEDO VILLAMIZAR.						
Edad:	27				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	1007207470	
Fecha de Nacimiento:	02-12-1997.				**Nacionalidad:**	COLOMBIANA.	
Dirección:	V. PTO. CONTRERAS				**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	3502427287.				**Tiempo de residencia:**	9 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
53.2	1.56.	21.9	103/66

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	-
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11592

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 20/08/2025
COMUNIDAD: C.C Puerto Contreras

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nora Geraida Becerra						
Edad:	67 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	40511175	
Fecha de Nacimiento:	04 feb 1958				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda Puerto Contreras				**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	350 427 9005				**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 74	TALLA: 1.53	IMC: 31.6	T.A: 115 - 66

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	✓	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11593

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: C.C. PTO CONTRERAS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	EVA SANCHEZ CONTRERAS						
Edad:	62				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	**N° de Documento:**	24245088	
Fecha de Nacimiento:	26-01-1962				**Nacionalidad:**	COLOMBIA.	
Dirección:	V. PTO. CONTRERAS				**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	3507278337.				**Tiempo de residencia:**	2 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
66	1.53	28.2	135/81.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	✓	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	✓	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11599

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHAS DE CARACTERIZACIÓN CONSEJO COMUNITARIO COCOPAL

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Cocopal.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ezequiela Fuentes Montaño						
Edad:	59 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	PPT	TI	**N° de Documento:**		37938013	
Fecha de Nacimiento:	22-Sep-1965				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Pendino				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3197464915				**Tiempo de residencia:**	39 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	63	TALLA:	1.55	IMC:	26.22	T.A:	125/84.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	✓	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Corral

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jhodys Clarect Hernandez Nava						
Edad:	8 años				**Sexo:**	Femenino.	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1116505098	
Fecha de Nacimiento:	22-Sept. 2016.				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Pending.				**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3169890210				**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
33	1.34.	18.34.	

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11597

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jarith Zuray Moncado Solos						
Edad:	8 años				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**		1152966925	
Fecha de Nacimiento:	03-oct-2016				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	V. Los Palmas				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3108465507				**Tiempo de residencia:**	8 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 23,15	TALLA: 120	IMC: 15,97	T.A: N-A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	✓
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

11598

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: COCOPAF.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	OSTIN MATIEL VEGA PUENES						
Edad:	5 AÑOS				**Sexo:**	MASCULINO	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** RC.	1.115449 812		
Fecha de Nacimiento:	09 - Julio - 2020				**Nacionalidad:**	COLOMBIANO	
Dirección:	U. REMOLINO				**EAPB:**	COOSALUD.	
N° de teléfono:	3505109 109				**Tiempo de residencia:**	5 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
20	111.6	16,23	N.A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11599

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Danna Nikol Salas James						
Edad:	6 Años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1115747615	
Fecha de Nacimiento:	19 Diciembre 2018				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	La Palma				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	319 5044507				**Tiempo de residencia:**	6 Años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
18	114	13,85	N.A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11600

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025

COMUNIDAD: COCORAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	SORAIDA BAUTISTA. SANTOS						
Edad: 53					**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	**CC** √	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		68246326	
Fecha de Nacimiento:	07-FEBRERO 1972				**Nacionalidad:**	COLOMBIANA.	
Dirección:	V. REMOLINO				**EAPB:**	NUEVA EPS.	
N° de teléfono:	3502494723				**Tiempo de residencia:**	5 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
68	1.55	28,30	112/84

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	✓	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	✓	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11601

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: COCOPAL.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	ESTEBAN ORTIZ HINESTROZA						
Edad:	66 AÑOS				**Sexo:**	MASCULINO	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		71.180.463	
Fecha de Nacimiento:	29-SEP-1958				**Nacionalidad:**	COLOMBIANO	
Dirección:	V. REMOLINO				**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	3244025880				**Tiempo de residencia:**	13 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 80	TALLA: 1.70	IMC: 27,68	T.A: 125/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	✓	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11602

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26 / 08 / 2025
COMUNIDAD: COCORAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	LEYDI YAJAIRA FUENTES BAUTISTA						
Edad:	34 AÑOS				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		1098702380	
Fecha de Nacimiento:	02 - OCT - 1990				**Nacionalidad:**	COLOMBIANA.	
Dirección:	V. FEMOLINO				**EAPB:**	COOSALUD.	
N° de teléfono:	3505109109				**Tiempo de residencia:**	5 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 82	TALLA: 1.58	IMC: 32,85	T.A: 118/84.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11603.

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/01/2025
COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jose de jesus Fuentes Montoya					
Edad:	51			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	91442228	
Fecha de Nacimiento:	30 - May - 1974			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	V. La palma			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3195955452			**Tiempo de residencia:**	40 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
113	1,65	41,51	192 / 113

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11604

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/09/2025

COMUNIDAD: Cocopor

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Marcos V. dos Santos						
Edad:	73				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC x	PPT	TI	**N° de Documento:**		91423463	
Fecha de Nacimiento:	25-04-1952				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	V. La Palma				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3503578435				**Tiempo de residencia:**	40 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
71	1,72	24.00	143/84

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		x
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		x
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11605

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/09/2025

COMUNIDAD: Cocoal.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	María Alejandra Suaza Fuentes					
Edad:	32			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	PPT	TI	**N° de Documento:**	1005178200	
Fecha de Nacimiento:	16 - Ene - 1993			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. La Palma			**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	3506517561			**Tiempo de residencia:**	32 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
53	1,54	22,35	104/71

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	✓
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		✓
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11606

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025/
COMUNIDAD: cocopal.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ana Iris Pernia Roa						
Edad:	51				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT** X	**TI**	**N° de Documento:**		6965322	
Fecha de Nacimiento:	20/06/1979				**Nacionalidad:**	Venezolana	
Dirección:	Vereda la palma				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3195044507				**Tiempo de residencia:**	5 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
82.80	157.8	33,27	115/79

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	/
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11607

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/09/2025
COMUNIDAD: Cocopdl

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jhon nelson Ortiz Ortiz						
Edad:	39				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		96126160	
Fecha de Nacimiento:	30 / Agosto / 1985				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	V. la palma				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3195955452				**Tiempo de residencia:**	40 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
63	163	23,71	123/83

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11607

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/11/2025

COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Oholian Danilo Velandia Saza.						
Edad:	14				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X		**N° de Documento:**	1157964088	
Fecha de Nacimiento:	29-oct-2010				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	V. La Palma				**EAPB:**	Nueva Eps.	
N° de teléfono:	3506517561				**Tiempo de residencia:**	14 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
50	170	17,30	120/60

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11609

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: COCOPAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	MAYRA ALEJANDRA MENDOZA.						
Edad:	40				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT** X	**TI**	**N° de Documento:**		1129916	
Fecha de Nacimiento:	30-11-1984				**Nacionalidad:**	VENEZOLANA	
Dirección:	V. REMOLINO				**EAPB:**	NUEVA EPS.	
N° de teléfono:	3244025880				**Tiempo de residencia:**	2 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
62.65	156.1	25,98	106/78

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11610

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26 / 08 / 2025

COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jenny Rocio Ortiz Hinestroza						
Edad:	31 AÑOS				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1006483207	
Fecha de Nacimiento:	2 enero 1995				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda la Palma				**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3195671733				**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
65.9	155.7	27.06	126/92

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11611

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025

COMUNIDAD: COCOPAL.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ferney Porras Castro						
Edad:	37				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		1115725746	
Fecha de Nacimiento:	18/mayo/				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Vereda la palma				**EAPB:**	CooSalud	
N° de teléfono:	3507367975				**Tiempo de residencia:**	37	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
80.6	175	26,12	128/85

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11612

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26 / 08 / 2025 /

COMUNIDAD: Cocoral.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jose Manuel Medina Medina						
Edad:	64				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		17527362	
Fecha de Nacimiento:	4 / Sep / 1961				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda la palma				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	319 746 493				**Tiempo de residencia:**	47	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
96.85	164	35,69	156 / 84

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?	X	
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	X	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11613

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26-/08/2025/

COMUNIDAD: COCOPAL.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	AGUSTIN ORTIZ PLAYONERO						
Edad:	83				**Sexo:**	MASCULINO	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		7132655	
Fecha de Nacimiento:	28-FEBRERO-1942				**Nacionalidad:**	COLOMBIANO	
Dirección:	V. PENDINO				**EAPB:**	NUEVA EPS.	
N° de teléfono:	3186486852				**Tiempo de residencia:**	13 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
74.	1.73	24,73	110/81.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	✓	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?	✓	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11614

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jhoana Ramos Barrero						
Edad:	38				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1116.495728	
Fecha de Nacimiento:	02 Febrero / 1987				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda la Palma				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:					**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
75,4	161,5	28,93	126/91

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		✓
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	✓	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

11615

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Mercedes Gelver Contreras						
Edad:	66				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		40512027	
Fecha de Nacimiento:	17-Sep-1955				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. la palma				**EAPB:**	Eps Nuevo
N° de teléfono:	3152311361				**Tiempo de residencia:**	66 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
55.95	153	23,80	121/79

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	X	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11616

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Coco Pal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	María Maximina Viloes Geles						
Edad:	23				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		1006407763	
Fecha de Nacimiento:	06-Feb-2002				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. La Palma				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3157311361				**Tiempo de residencia:**	23 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
69.6	1.50	30,67	120/85.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?	X	
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?	X	
5	¿Tiene hijos?	X	X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11617

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025

COMUNIDAD: COCORAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Joseph Miguel Neira Salas						
Edad:	14				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1116508897	
Fecha de Nacimiento:	16/Agosto/2011				**Nacionalidad:**	Colombo-venezolano	
Dirección:	Vereda la palma				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	316 9890210				**Tiempo de residencia:**	14	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
44.7	160.5	17,19	107/66

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11618

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025

COMUNIDAD: COCORAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Tomasa Salas Robles						
Edad:	61				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		68 286 978	
Fecha de Nacimiento:	18/Sep/1964				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda la palma				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	316 98 90210				**Tiempo de residencia:**	61	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
67.65	161	25,80	120/74

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11619

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: COCORAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Alexa Isabel Zapata Salas					
Edad:	19			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**	1115725486	
Fecha de Nacimiento:	06- octubre -2005			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda la palma			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	316 98 90 210			**Tiempo de residencia:**	19	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
44.2	138.6	23,10	87 / 56

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?	X	
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?	X	
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11620

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025/

COMUNIDAD: COCCORAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Dayana Carolina James Perria						
Edad:	27 Años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT** X	**TI**	**N° de Documento:**	6965598		
Fecha de Nacimiento:	25 Mayo 1998			**Nacionalidad:**	Venezolana		
Dirección:	La Palma			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	319 5044507			**Tiempo de residencia:**	7 Años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
77,6	1,60	30,08	103 - 68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11621

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025

COMUNIDAD: COCOPAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Virginia Solos Pablos				
Edad:	32 años			**Sexo:**	Femenino
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1007678440
Fecha de Nacimiento:	07-SEP-1993			**Nacionalidad:**	Colombiana
Dirección:	V. La palma			**EAPB:**	Nueva EPS
N° de teléfono:	3206231218			**Tiempo de residencia:**	30 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 66,9	TALLA: 1,56	IMC: 27,12	T.A: 102-64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11622

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha 26 / 08 / 2025

COMUNIDAD: COCOPAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Luis Andres Madota Marchan					
Edad:	43 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC x	PPT	CV	**N° de Documento:**	88130357	
Fecha de Nacimiento:	01-feb-1983			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Fenicia			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	3162860713			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 75	TALLA: 1.68	IMC: 26,57	T.A: 120/83

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11623

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: COCOPAC

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nicol Andrea Mendoza Ortiz.					
Edad:	13			**Sexo:**	femenino	
Tipo de documento:	CC	PPT	CV	**N° de Documento:** T.I	1115737474	
Fecha de Nacimiento:	17 agosto 2012			**Nacionalidad:**	Colombiana.	
Dirección:	V. Remolino			**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3195671733			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
38	1.60	14.84	112/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11624

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Leidy Viviana Souza Fuentes						
Edad:	40 años				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		1115721041	
Fecha de Nacimiento:	21 - Enero - 1985.				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. La Palma				**EAPB:**		
N° de teléfono:	3502172037				**Tiempo de residencia:**	39 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 65	TALLA: 153	IMC: 27,77	T.A: 120/60

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	—	X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES.COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11625

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/09/2025

COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Vivian Shley Porras Suaza						
Edad:	14 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		TI. 1157964708	
Fecha de Nacimiento:	29-Jolio-2011				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. La palma				**EAPB:**	Nuevo Eps	
N° de teléfono:	3502172037				**Tiempo de residencia:**	14 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
54 K	1,61	20,83	110/70

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11626

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Alejandro Ramos Barrero					
Edad:	11 años			**Sexo:**		X/asculino
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**		TI: 1142703190
Fecha de Nacimiento:	2014-20-02.			**Nacionalidad:**		colombiano
Dirección:	V. La Palma			**EAPB:**		Nueva EPS
N° de teléfono:	3197796853			**Tiempo de residencia:**		11 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
29,7	135,8	15,91	100/60

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11627

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025

COMUNIDAD: COCOPAL

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Bricy Arbey Botello Ortiz.						
Edad:	16 años			**Sexo:**		Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:**	T.I	1115732058.	
Fecha de Nacimiento:	13 - Marzo - 2009			**Nacionalidad:**		Colombiano	
Dirección:	V. Ranchino			**EAPB:**		Coosalud	
N° de teléfono:	3195671733			**Tiempo de residencia:**		10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
46	1.66	16,69	112/83

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11628

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Cocoal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jaucleth Ortiz Mendoza.					
Edad:	8 años			**Sexo:**	femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**N° de Documento:** T.I	1115754451	
Fecha de Nacimiento:	10 - Nov - 2017			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Remolino			**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3195671733			**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
32	1.54	13,49	113/76

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11629

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26 /08/ 2025 /
COMUNIDAD: Cocoral

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Melquisedec Morcada Aguilar						
Edad:	39 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		1094290977	
Fecha de Nacimiento:	05- Marzo- 1986				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V- Pendino				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3108465507.				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
67	1.66.	24.37	120/84.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150,min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11630

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025
COMUNIDAD: Cocopal

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nolky Salas Robles					
Edad:	33 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**	1009678433	
Fecha de Nacimiento:	09 - Marzo - 1991			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Remolinos			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3197923435			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 65	TALLA: 1.63	IMC: 24.46	T.A: 128/76

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11631

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 26/08/2025/
COMUNIDAD: COCOPAL.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	EYMER ALEJANDRO PERNIA MENDOZA						
Edad:	8 AÑOS				**Sexo:**	MASCULINO	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT** X	**TI**	**N° de Documento:**		7133737	
Fecha de Nacimiento:	15 - JUNIO - 2017				**Nacionalidad:**	VENEZOLANO	
Dirección:	V. REMOLINO				**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	3214025880				**Tiempo de residencia:**	2 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
22.45	117	16,04	NA.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11632

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHAS DE CARACTERIZACIÓN ASOCIACIÓN DE BASE ASOJAFSA

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

1683

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 9 /SEP/2025/
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	HILLARY MEDINA GARCIA						
Edad:	25 años			**Sexo:**		Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1094285778	
Fecha de Nacimiento:	22 /Nov/ 1999			**Nacionalidad:**		Colombiana	
Dirección:	Cr 18 A -35-93 Portal del llano			**EAPB:**		Nueva EPS	
N° de teléfono:	3504239960			**Tiempo de residencia:**		25 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
58	156	23	75/112

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

19634

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 /Sept/ 2025
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Sandra Milena Acevedo Arroyo						
Edad:	28				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		1116806361	
Fecha de Nacimiento:	27/06/1997				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Asentamiento 24 enero mz 9 lote 118				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3209782108				**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 95.8	TALLA: 164.1	IMC: 29,7	T.A: 104/77.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

117635

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 / 09 / 2025

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Leonardo Alexander Salazar Gelvez						
Edad:	2 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** R.C.		1157969455	
Fecha de Nacimiento:	19 Septiembre 2022				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Calle 23A #5-05 Anthoga				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3144373355				**Tiempo de residencia:**	2 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
14.2	90	17,5	111 / 87

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?	X	
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11636

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 04/Sep/2025

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Dilan Ferley Rojas Gutierrez						
Edad:	4 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N°.de Documento:** R.C.		1157968616	
Fecha de Nacimiento:	07-03-2021				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Villa Fany				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3135235454				**Tiempo de residencia:**	1 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
13,7	97	14,56	54/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11637

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 / Sept / 2025

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Alexandra Galvez Trillos					
Edad:	24 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1.007414438	
Fecha de Nacimiento:	25 octubre 2000			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	calle 23A #5-05 Arauca			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3144337335			**Tiempo de residencia:**	2 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
68	146	29,8	104/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11638

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 9 /Sep/ 2025
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jaren Angelica Molina Jurado						
Edad:	21 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1116492339		
Fecha de Nacimiento:	27/Ago/2003			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Cll 20 # 16A - 25			**EAPB:**	Nueva Eps.		
N° de teléfono:	3228127287			**Tiempo de residencia:**	21 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 51.5	TALLA: 169	IMC: 18	T.A: 92/110

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11639

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 04/09/2025

COMUNIDAD: Asojafesa

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ruben Rico Rosa							
Edad:	24 años					**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	CV	TI	RC	**N° de Documento:**	1007646481	
Fecha de Nacimiento:	05-05-2001					**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	U. Banadio Medio					**EAPB:**	coosalud	
N° de teléfono:	3214449381					**Tiempo de residencia:**	2 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
82	1.70	28,4	112/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	✓	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11640

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 04/09/2025

COMUNIDAD: Asojafsa

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Maryuri Solbey Moreno Moreno								
Edad:	15 años					**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**RC**	**N° de Documento:**	1115733394		
Fecha de Nacimiento:	12-12-2009					**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Cra 06 #26-37					**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3123937368					**Tiempo de residencia:**	15 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
56.25	154.8	23.5	110/75

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
21	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

1641

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 04/09/2025
COMUNIDAD: BOJAFA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Osiris Acevedo Arroyo		
Edad:	26 años	**Sexo:**	Femenino
Tipo de documento:	CC X / PPT / CV / TI / RC	**N° de Documento:**	1.115.743.944
Fecha de Nacimiento:	22 Nov 1998	**Nacionalidad:**	Colombiana
Dirección:	Cll 32 Cra 14-17 B. Esperanza	**EAPB:**	Coosalud
N° de teléfono:	3147003477	**Tiempo de residencia:**	9 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 95.25	TALLA: 1.56	IMC: 29.3	T.A: 109/74

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11642

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 04/09/2025

COMUNIDAD: ASJAPA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Alba Jesse Maria Castillo						
Edad:	3 años					**Sexo:**	Masculino
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI**	**RC** X	**N° de Documento:**	1115751439
Fecha de Nacimiento:	11/04/2022.					**Nacionalidad:**	Colombia
Dirección:	cll 11 #16A-25					**EAPB:**	Mova eps
N° de teléfono:	3125152232					**Tiempo de residencia:**	3 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
19	104	17.6	N.A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	~~¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?~~	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11643

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 04/09/2025

COMUNIDAD: ASENTAMIENTO

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Osterly Dahian Reyes Acevedo							
Edad:	7 años					**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI** X	**RC**	**N° de Documento:**	1115746924	
Fecha de Nacimiento:	19 / Ago / 2018					**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Asentamiento 24 de Enero					**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3209282108					**Tiempo de residencia:**	4 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 24.15	TALLA: 121.5	IMC: 16,3	T.A: P.A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11644

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 /Sep/2025/

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Danna Yiseth Molina Duarte				
Edad:	20 años			**Sexo:**	Femenino
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**	1115 722589
Fecha de Nacimiento:	31/12/2004			**Nacionalidad:**	Colombiana
Dirección:	Cabaña incora			**EAPB:**	Coosalud
N° de teléfono:	3242927795			**Tiempo de residencia:**	20 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 78.5	TALLA: 168.6	IMC: 27.6	T.A: 110/95

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	X	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11645

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 /Sep/ 2025
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Tiany Yeraldine Bonilla Rojas					
Edad:	26			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	PPT	TI	**N° de Documento:**	1.115.744.871	
Fecha de Nacimiento:	16/05/1999			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Las Palmeras			**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	3107586210			**Tiempo de residencia:**	1 año.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
51.8	156.5	21,1	111/75

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	x	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	x	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		x
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11646

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 /09/ 2025

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Karen Yuliana Parra Sanchez						
Edad:	23 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1006408648		
Fecha de Nacimiento:	02/Ago/2002			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Cr 25 N 20-96 B. B. del llano			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3214636620			**Tiempo de residencia:**	23 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
66	150	29,3	115/92

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	X	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11647

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 Sep / 2025 /
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Sory Enith Castillo Jurado				
Edad:	23 años			**Sexo:**	Femenino
Tipo de documento:	**CC** x	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1116492285
Fecha de Nacimiento:	27/02/2002			**Nacionalidad:**	Colombiana
Dirección:	Calle 11-16A-25 B. pinzón			**EAPB:**	Nueva EPS
N° de teléfono:	3125152232			**Tiempo de residencia:**	23 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
61.1	1.62	23.3	127/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume alcohol?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	x	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		x
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11648

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 / Sep / 2025
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Selena Alexandra Liñan Suarez					
Edad:	23 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1006955493	
Fecha de Nacimiento:	22/11/2001			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Cr 16 N 28-56 B. el centro			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3114492379			**Tiempo de residencia:**	23 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
91.3	160	29.3	99/60

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	x	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	x	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11649

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 04 / 09 / 2025

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Stefany Gutierrez Parada						
Edad:	24				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1094366267	
Fecha de Nacimiento:	01-05-2001				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Barrio villa fanny				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3135235454				**Tiempo de residencia:**	24	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
82.5	165.2	29,6	123/79.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11650

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 / Sep / 2025 /

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Erickson Andres Pinto Aconcha						
Edad:	17 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**	1115730532		
Fecha de Nacimiento:	22/06/2008			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Transv. 19 Diagonal 11-21			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3222520266			**Tiempo de residencia:**	17 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
78.3	174	25.9	90/110

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 /Sept/2025
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jean Carlos Barrera Centeno						
Edad:	21 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1006409609	
Fecha de Nacimiento:	1 Agosto 2003				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	B. bellavista				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3204182998				**Tiempo de residencia:**	21 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
62,8	1,60	24,5	115/60

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11652

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4/09/2025
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yeiser Enrique Marquez Salcedo						
Edad:	25 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1007399147	
Fecha de Nacimiento:	31/Julio/1999				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Carrera 33 N 32-44 B. la unión				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3178350055				**Tiempo de residencia:**	25 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
82	165	30,2	92/110

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11653

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 /09/2025

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Marcy Daniela Guerra Suarez						
Edad:	18 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1115725649	
Fecha de Nacimiento:	29/Abril/2006				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Cr 29 14-37 villabel				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3209624590				**Tiempo de residencia:**	18 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
43	155	18,02	106/81

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11654

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 /09/2025/

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Linda Mavlleys Guerra Suarez						
Edad:	15 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1157963343	
Fecha de Nacimiento:	05/ enero/ 2010				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Cr 29 # 14-37 inv. villabel				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3142984383				**Tiempo de residencia:**	15 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
43	163	16,2	100/55

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11655

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4/09/2025

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Leonel Rodriguez Silva						
Edad:	26 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1007191444		
Fecha de Nacimiento:	8/diciembre/1998			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	Calle 18-31 esquina Villabel			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3212357662			**Tiempo de residencia:**	26 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
95	182	28,7	120/70

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11656

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 04/09/2025
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jaidex Bello Pozzo					
Edad:	27 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**	1049396611	
Fecha de Nacimiento:	12/oct/1997			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Cll 27 N 5-05 B.V Fany			**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3103351762			**Tiempo de residencia:**	27 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
64	1,75	20,9	113/81

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11657

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 04/09/2025
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jonathan Eliecer Boada Jaimes						
Edad:	20 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1115722973		
Fecha de Nacimiento:	29/Dic/2004			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	B. las villas			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3012165946			**Tiempo de residencia:**	20 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
60	174	20,1	110/70

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11658

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4/09/2025
COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Joyner Enrique Salgado Velasco						
Edad:	17 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**	1116510657		
Fecha de Nacimiento:	20/Enero/2008			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	Vereda Puerto Lleras			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3213229724			**Tiempo de residencia:**	17 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
60,8	167	21,8	79/100

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11659

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 /09/2025/

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Fabian Alexander Zapata Gonzalez						
Edad:	21 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1007760392		
Fecha de Nacimiento:	30 / Abril / 2003			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	Cr 30 N°27-02 la granja			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3193897811			**Tiempo de residencia:**	21 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
71	1.76	22,92	100 / 73

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11660

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4 /09/2025/

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Juan Carlos Rodriguez Silva						
Edad:	24 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1007191952	
Fecha de Nacimiento:	11 /marzo / 2000				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Barrio la unión				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	314 30 55371				**Tiempo de residencia:**	24 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
66,9	175	21,8	104/74

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11661

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 4/09/2025

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Astrid Carolina Diaz Ramirez				
Edad:	28 años			**Sexo:**	Femenino
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1006453639
Fecha de Nacimiento:	1/sep/1995			**Nacionalidad:**	Colombiana
Dirección:	C 1118-35 Esquina Villa del			**EAPB:**	Coosalud
N° de teléfono:	3118193288			**Tiempo de residencia:**	28 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 71	TALLA: 160	IMC: 27.7	T.A: 111/85

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11662

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 1 /SEP/2025/

COMUNIDAD: ASOJAFSA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	THANIA MILENA BARRERA CENTENO						
Edad:	23 años				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1006407640	
Fecha de Nacimiento:	03 / ENE / 2002				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	CL 23A # 23-80 B. bella vista				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3202673633				**Tiempo de residencia:**	23 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
67	153	28.6	80 / 113

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11663

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHAS DE CARACTERIZACIÓN ASOCIACIÓN DE BASE ASOVICAFROS

11664

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: Asuncion

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Zoe Daniadnis Rosco Vargas					
Edad:	5 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** R.C	1115750053	
Fecha de Nacimiento:	25 agosto 2020			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Cra 37 # 16-76			**EAPB:**		
N° de teléfono:	3213781724			**Tiempo de residencia:**	5 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
17	107.3	14,8	NA

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

11665

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: ASOVICAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Alba Lucia Murillo Balanta						
Edad:	62				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		25,619,237	
Fecha de Nacimiento:	15 - JUNIO - 1963				**Nacionalidad:**	Colombian	
Dirección:	CRA 37 # 15 - 44				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3114776474				**Tiempo de residencia:**	12 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
74.9	162.8	28,5	134/84

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	✓	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	✓	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11666

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOVICAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Tatiana Fiscanada Fiscanada					
Edad:	30 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**	1006483211	
Fecha de Nacimiento:	31-ENERO-1995			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	CRA 38 # 16-05			**EAPB:**		
N° de teléfono:	3232320166			**Tiempo de residencia:**	30 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
84.2	161.5	32,08	111/79

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	✓	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física	✓	
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11667

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOCIAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	AURIMAR YACKELIN RUIZ RUIZ.						
Edad:	41				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT** X	**TI**	**N° de Documento:**		5507388	
Fecha de Nacimiento:	27-06-1984				**Nacionalidad:**	Venezolana	
Dirección:	B. Hugo Chavez. Kr 35				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	~~314~~ 3148565243				**Tiempo de residencia:**	12 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
78.4	156.5	32,1	123/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?	✓	
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: ASOVICAFROS.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Greva Josefina Araujo Valora						
Edad:	37				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	CC X	PPT X	TI	**N° de Documento:**		4975887	
Fecha de Nacimiento:	19-03-1988				**Nacionalidad:**	Venezolano	
Dirección:	Carrera 30A-25-22				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3213229641				**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
88.3	161	34,06	132/94.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física	X	
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

17669

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOCIACIÓN -

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Delfi Maria Rodriguez						
Edad:	53				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC	PPT	TI	**N° de Documento:**		6808889	
Fecha de Nacimiento:	01-06-1973				**Nacionalidad:**	Venezolana	
Dirección:	B. Hugo Chavez				**EAPB:**	Nueva Eps.	
N° de teléfono:	3148565243				**Tiempo de residencia:**	6 Meses	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 66kg.	TALLA: 1,49	IMC: 29,72	T.A: 133/93

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11670

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: ASOVICOFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Feriol Dayonna Florez Carrascal				
Edad:	50 Años			**Sexo:**	Femenino
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**	63468867
Fecha de Nacimiento:	08/Julio/1975			**Nacionalidad:**	Colombiana
Dirección:	Cra 29 # 29 - 24			**EAPB:**	Nueva EPS
N° de teléfono:	3102049484.			**Tiempo de residencia:**	18 años.

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	79	TALLA:	1,65	IMC:	21,1	T.A:	148/104

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11671

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOVICAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	LEILANY SHAMIRA ORTEGA RODRIGUEZ.						
Edad:	14 AÑOS				**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1157964616	
Fecha de Nacimiento:	19 - JUNIO - 2011				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	CRA 35 # 17-21				**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	3114318657				**Tiempo de residencia:**	3 AÑOS	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 97.7	TALLA: 162	IMC: 37,2	T.A: 125/79

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	✓	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11672

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: Asovicafros

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Monica Patricia Vargas Ortega					
Edad:	38 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**	1115725322	
Fecha de Nacimiento:	23 Enero 1987			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Cra 37 # 16-76			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3213781724			**Tiempo de residencia:**	11 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
96.95	152.5	41,9	122/92.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	X	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11673

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 09 / 2025 /
COMUNIDAD: Abnicafros

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yiryam Estela Bueno						
Edad:	70				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		24;245.709	
Fecha de Nacimiento:	14 - Enero - 1955				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	La victoria				**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	3148565243				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
50.05	153.5	21,3	205/110.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11674

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: ASOVICAPPOS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Delian Mathias Riaño Vargas					
Edad:	10 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**	1157966050	
Fecha de Nacimiento:	24 Enero 2015			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	cra 37 # 16-76			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	321 378 1624			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
29.2	133.6	16,5	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: Asocapds

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Sharith Dayana Baron Rincon					
Edad:	15 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**	1119183576	
Fecha de Nacimiento:	15 Junio/2010			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	cra 38 #16-05			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3232320166			**Tiempo de residencia:**	13 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
55 k	1,61	21,2	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		✓
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

1678

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: Asoucappos

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Freddy Yosed Agudelo Rincon						
Edad:	12 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**	1115739225		
Fecha de Nacimiento:	24 Agosto 2013			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	Cra 38 # 16-05			**EAPB:**	Nueva eps		
N° de teléfono:	3232320166			**Tiempo de residencia:**	12 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
55,8	1,49	25,1	110/85

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?	✓	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?	✓	
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		✓
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11677

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: Asuncatros

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Liam Adriel Martinez Rinconada						
Edad:	3 años RC.			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	CC	PPT	TI	**N° de Documento:**	RC. 1157514536		
Fecha de Nacimiento:	21-Abril. 2022			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	Cra 38# 16-05			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3232320166			**Tiempo de residencia:**	3 años.		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
16,5	90		N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOMCAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	DILLSON OSCAR MENDEZ RUIZ						
Edad:	14 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT** X	**TI**	**N° de Documento:**		6619024	
Fecha de Nacimiento:	18-11-2010				**Nacionalidad:**	Venezolano	
Dirección:	B. Hugo Chavez				**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	3148563243				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
52	1,66	18,87.	

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11679

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOCAPROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	DILIANNY OSCARINA HENDEZ RUIZ.						
Edad:	10 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT** X	**TI**	**N° de Documento:**		6619934	
Fecha de Nacimiento:	13-03-2015				**Nacionalidad:**	Venezolana	
Dirección:	B. Hugo Chavez Kr35				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3148565243				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 37	TALLA: 1,45	IMC: 17,5	T.A: N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11680

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOV: Toffos.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	El Heleidy Segovia Yurimo.						
Edad:	22				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	CC x	PPT	TI	**N° de Documento:**		1006429763	
Fecha de Nacimiento:	08-11-2002.				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Carrera 37A 65-05.				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3123680619.				**Tiempo de residencia:**	12 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
74	1,54	31,20	110/73.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11681

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: Asojicaros.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Lucinda Hernandez Moncada						
Edad:	75				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		69275076.	
Fecha de Nacimiento:	01-Marzo-49				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	B. Hugo Chavez				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	NO tiene				**Tiempo de residencia:**	15 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	58	TALLA:	1,42	IMC:	28,7	T.A:	150/89

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11682

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOVICAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	HOMER MILAN ORTEGA RODRIGUEZ.						
Edad:	8 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1116503698	
Fecha de Nacimiento:	15-DIC/2016				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	CRA 35 # 17-27				**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	3114318651				**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
36.4	141.8	18,3	

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: ASOVICAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Olmer Sthy Mendoza Rodriguez					
Edad:	3 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** RC.	1116570488	
Fecha de Nacimiento:	08-ABRIL-2022			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	CRA 35 #17-21			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3114318651			**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
18	102	17,3	N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11684

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: ASOMCAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	CAROLINA RODRIGUEZ QUINTERO						
Edad:	35 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1007272374		
Fecha de Nacimiento:	15-julio-1990			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	CRA 30 #17-21			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3114318651			**Tiempo de residencia:**	3 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
80.3	157.7	32,5	109/76

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: ASOVICAPROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yaned Grueso Cosme						
Edad:	44 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		68249733	
Fecha de Nacimiento:	04 Marzo 1981				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Calle 19 #17-69				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3142071495				**Tiempo de residencia:**	44 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
62.8	164	23,3	108/70

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

1168

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: Agovitaños.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Zevedeo Riasco Obando				
Edad:	58 años			**Sexo:**	Masculino
Tipo de documento:	**CC** x	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	16487439
Fecha de Nacimiento:	09 Agosto / 1966			**Nacionalidad:**	Colombiano
Dirección:	Cra 37 #16-73			**EAPB:**	Nueva EPS
N° de teléfono:	3209086018			**Tiempo de residencia:**	13 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 80	TALLA: 174	IMC: 26,4	T.A: 139/85

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	x	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales · basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	x	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: ASOVICAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Hasly Sharit Florez Olivera						
Edad:	3 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	RC: 1097613545		
Fecha de Nacimiento:	27-abril-2022			**Nacionalidad:**	colombiana		
Dirección:	B. Hugo Chaves			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	3 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
15	95		N.A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

11688

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: ASOVICOTROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Abby Saray Haan Anchilo						
Edad:	1 mes				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC	PPT	TI	**N° de Documento:**		RC 1157971014	
Fecha de Nacimiento:	17-Jul-2025.				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	B. 6 de octubre				**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3231264132				**Tiempo de residencia:**	1 mes	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
5,1	57 cm		

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		✓
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		✓
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

11689

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOVICAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Oscar Mendez Rodriguez				
Edad:	41 años			**Sexo:**	Masculino
Tipo de documento:	CC	PPT	TI	**N° de Documento:**	5819517
Fecha de Nacimiento:	12-Jul-o 1984			**Nacionalidad:**	Venezolano
Dirección:	Hugo Chavez			**EAPB:**	Nueva Eps
N° de teléfono:	3148565243			**Tiempo de residencia:**	5 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 67	TALLA: 1,65	IMC: 24,61	T.A: 132/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	Y	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		Y
3	¿Presenta alguna discapacidad?		Y
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		Y
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	Y	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		Y
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física	Y	X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	Y	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: Asoviciros

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Inner David Guerra Hurtado				
Edad:	4 años			**Sexo:**	Masculino
Tipo de documento:	CC y	PPT	TI	**N° de Documento:** RC	1157968596
Fecha de Nacimiento:	22/Feb/2021			**Nacionalidad:**	Colombiano
Dirección:	Brr Hugo Chavez			**EAPB:**	Nueva EPS
N° de teléfono:	3227095702			**Tiempo de residencia:**	4 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 28 k	TALLA: 10.5	IMC: 25,40	T.A: N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: Asovicaffros

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Wilson Snelder Flores Hoyera					
Edad:	12 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** ✓	**N° de Documento:**	1101207906	
Fecha de Nacimiento:	23 - May - 2013			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	B. Hogo Chavez			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3102049484			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
40	1,50	17,7	120/65

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	:
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

11692

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOVICAFROS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Karla Yanela Guerra Cuevas					
Edad:	4			**Sexo:**		Femenino
Tipo de documento:	CC	PPT	TI	**N° de Documento:**	R.C	1.157.968.396
Fecha de Nacimiento:	06-Nov-2020			**Nacionalidad:**		Colombiana
Dirección:	Calle 19-17-06-04			**EAPB:**		Nueva EPS
N° de teléfono:	3142071495			**Tiempo de residencia:**		4 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
16,15	107,5	14,0	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11693

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025

COMUNIDAD: ASOVICATROS.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Juan David Hurtado Murillo						
Edad:	10 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1152741.618	
Fecha de Nacimiento:	8/Junio/2015				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	B. Hugo Chavez				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3114776474				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
38.7	142.1	19,1	N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11694

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09/09/2025
COMUNIDAD: ASOVICAFIOS

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Perli Hazwalady Florez Hazuera						
Edad:	15 años			**Sexo:**	Femenina		
Tipo de documento:	CC	PPT	TI X	**N° de Documento:**	1157963731		
Fecha de Nacimiento:	02-Jul-2010			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	B. Hugo Chavez			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3102049489			**Tiempo de residencia:**	15 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
50	160	17,7	110/59

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
NIT. 800231215-1
Evolucionamos pensando en usted

Vigilado: Supersalud
Por la defensa de los derechos de los usuarios

Ministerio de la Protección Social
Departamento de Arauca

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHAS DE CARACTERIZACIÓN KICHWA

11696

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: KICHWA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Cristobal Maigua						
Edad:	35 años					**Sexo:**	Masculino
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**CV**	**TI**	**RC**	**N° de Documento:**	C.E 454269
Fecha de Nacimiento:	27/12/1989					**Nacionalidad:**	Ecuatoriano
Dirección:	Cra 16A #25-28					**EAPB:**	Nueva EPS
N° de teléfono:	3224407702					**Tiempo de residencia:**	10 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
71,5 kg	162,5	27,054	121/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser victima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11697

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: Kichua

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Elsa Maiya Naigua					
Edad:	39 años			**Sexo:**	Femenino.	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	C.E	367026.
Fecha de Nacimiento:	10-01-1986			**Nacionalidad:**	Ecuatoriana	
Dirección:	Kra 15 # 23-37.			**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	3044729294.			**Tiempo de residencia:**	22 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 68 kg	TALLA: 1,54	IMC: 28,673	T.A: 111/74.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		✓
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11698

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: Kichwa

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Maria Tocagon Angaro					
Edad:	49 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC	PPT	TI	**N° de Documento:**	CE	313179
Fecha de Nacimiento:	20-enero-1975			**Nacionalidad:**	Ecuatoriana	
Dirección:	Cra 16# 24-22			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3105551031.			**Tiempo de residencia:**	20 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
70	165	0,003	118/78

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?	✓	
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11699

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17 /09 / 2025 /
COMUNIDAD: Kichwa.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Dayana Jayani Otavalo Malgua.						
Edad:	17 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** ✓	**N° de Documento:**	1115729093		
Fecha de Nacimiento:	18-Nov-2007.			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	CRA 16A #25-23			**EAPB:**	Coosalud		
N° de teléfono:	3134553492			**Tiempo de residencia:**	17 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
66	159	9003	117/69.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11700

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: Kichwa.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Rolando Kuri De la torre. Ipiales					
Edad:	33 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1005051562	
Fecha de Nacimiento:	16-Mayo-2009			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Cra 13#24-78			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3142555826			**Tiempo de residencia:**	33 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
80	1,68	0,003	12/90

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?	✓	
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11701

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025

COMUNIDAD: Kichwa.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ilda Linarez Mejia					
Edad:	49. años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**	68247879	
Fecha de Nacimiento:	17-Sep-1976			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Cra 23 # 23-37.			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3203409419			**Tiempo de residencia:**		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
83	1.52	0,004	118/78

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11702

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: Kichwa.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jose Luis Mendez Linarez					
Edad:	17 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC	PPT	TI X	**N° de Documento:**	1115426996	
Fecha de Nacimiento:	05-Nov-2008			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	cll 73 # 23-37.			**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	3203350694.			**Tiempo de residencia:**	17 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
73	16.5	0,003	123/96.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

17703

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17 /09/ 2025/

COMUNIDAD: Kichwa.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Alexis Mendez Linares.					
Edad:	17 años				**Sexo:**	Masculino
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1115730777.
Fecha de Nacimiento:	21 - junio - 2008				**Nacionalidad:**	Colombiano
Dirección:	cll 23 # 23 - 37.				**EAPB:**	Coosalud
N° de teléfono:	3203353064.				**Tiempo de residencia:**	17 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
91	168	0,003	119/76

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11204

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: Kichwa

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	María Blanca Haigua Haigua						
Edad:	42 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	CC	PPT	TI	**N° de Documento:**	CE	31 6055	
Fecha de Nacimiento:	12-Julio-1982			**Nacionalidad:**	Ecuatoriana		
Dirección:	CRA 15 #25-45			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3123144752			**Tiempo de residencia:**	20 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
90	15.2	0,004.	120/73

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11805

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025

COMUNIDAD: Fichua.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Kuh José Aguilar Macuna					
Edad:	15 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**	1115732011	
Fecha de Nacimiento:	16 Mayo 2009			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Cra 15 # 25-45			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3219048849			**Tiempo de residencia:**	15 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
48	152	0002	120/83

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 11 09 / 2025
COMUNIDAD: Kichwa

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	MIGUE HENRY TOCAGON					
Edad:	52			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** C.E	255546	
Fecha de Nacimiento:	10 - Mayo - 1992			**Nacionalidad:**	Ecuatoriana	
Dirección:	CRA 13 # 24 - 22			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	315591031			**Tiempo de residencia:**	20 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
96	1.66	0,003	117/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11707

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17 / 09 / 2025
COMUNIDAD: Kuchuva

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Mery Yhoselyn Tocagon Tocagon						
Edad:	29 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		1002300102	
Fecha de Nacimiento:	24-12-1994.				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Cra 13 # 24-22				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	315 850 1031.				**Tiempo de residencia:**	20 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
89	1.52	0,004	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11708

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/04/2025

COMUNIDAD: Kichua.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Kelin Esmeralda de la Torre Tocagon.						
Edad:	4 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	RC	1193449996	
Fecha de Nacimiento:	25 - Junio 2020.				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	CRA 13 # 24-72				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3105551031				**Tiempo de residencia:**	4 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
28	106	0,002	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11709

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025

COMUNIDAD: KICHWA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Elen Sayani Mendez Navarrete						
Edad:	5 años			**Sexo:**		femenino	
Tipo de documento:	CC	PPT	TI	**N° de Documento:**	Rc:	1157968225.	
Fecha de Nacimiento:	26 - agosto - 2020.			**Nacionalidad:**		Nueva eps	
Dirección:	Cl 0A calle 27 B/ Antiguo			**EAPB:**		colombiana	
N° de teléfono:	3224288767			**Tiempo de residencia:**		5 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 23,2 kg	TALLA: 108	IMC: 19,719	T.A: N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: KICHWA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Blanca Abigael Narvaez Maigua						
Edad:	32				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** CE		1004627895	
Fecha de Nacimiento:	01-Jun-1993				**Nacionalidad:**	Ecuatoriana	
Dirección:	CR 13 # 25-07				**EAPB:**	Sin eps.	
N° de teléfono:	3224288767				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
62,6.	1.43	26,896	110/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

1171

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: Kichua.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jhoselyn Shaney Cepeda Maiyo					
Edad:	3			**Sexo:**		Femenino
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** RC.		1155751713
Fecha de Nacimiento:	26-08-2022			**Nacionalidad:**		colombo ecuatoriana
Dirección:	Clochise			**EAPB:**		Nueva EPS
N° de teléfono:	3116374364			**Tiempo de residencia:**		3 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
12 kg	88	15,496	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	P	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11712

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: KICHWA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	María Jhoselyn Maigua Maigua					
Edad:	33			**Sexo:**		Femenino
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** C.E.		457958
Fecha de Nacimiento:	03-06-1992			**Nacionalidad:**		Ecuatoriana
Dirección:	Cra 13 # 25-07.			**EAPB:**		Nueva EPS
N° de teléfono:	3126374364			**Tiempo de residencia:**		13 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 62 kg	TALLA: 1,53	IMC: 26,486	T.A: 121/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11713

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: _____

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	ELIAZAR FREDY TABA MAIGUA.						
Edad:	7 AÑOS			**Sexo:**		Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	P.C	1115746510	
Fecha de Nacimiento:	10-julio-2018			**Nacionalidad:**		Colombiano	
Dirección:	KRA 16A # 23-13			**EAPB:**		Nueva EPS	
N° de teléfono:	3112953974			**Tiempo de residencia:**		7 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 28,7kg	TALLA: 1,20	IMC: 19,444	T.A: N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: Kichwa

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Luz Maria Castaneda Chica					
Edad:	36 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	CC: 736550	
Fecha de Nacimiento:	25 - May - 1989			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Carrera 13 - 21B. Centro			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3216028006.			**Tiempo de residencia:**	17 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
49,65	1,38	0,003	120/78

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11715

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: KICHWA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yurita Saramy Mendez castañeda					
Edad:	6			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	RC: 1159777782	
Fecha de Nacimiento:	03-May-2019			**Nacionalidad:**	Colombo-Ecuatoriana	
Dirección:	Carrera 13 -21			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	3214828006			**Tiempo de residencia:**	6 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
22,35	113,5	17,129	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11716

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: KICHWA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	ANAHI ELIZABETH OTAVALO MALGA.						
Edad:	7 años				**Sexo:**	Femenino.	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1115745568.	
Fecha de Nacimiento:	24-Nov.-2017.				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Kra 15 #23-37.				**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	3044729294				**Tiempo de residencia:**	7 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
24,3kg	1,21.	16,592	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ÀRAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11717

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025

COMUNIDAD: Kichwa.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Mario Marvael Maigua						
Edad:	34				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** CE		404565	
Fecha de Nacimiento:	04-01-1991				**Nacionalidad:**	Ecuatoriana	
Dirección:	cra 13 # 22-62				**EAPB:**	Nueva Eps.	
N° de teléfono:	3116677600				**Tiempo de residencia:**	40 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 62,7 Kg	TALLA: 144,2	IMC: 29,000	T.A: 103/73

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11718

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: KICHWA

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	ESTELA AGUILAR VELASQUEZ						
Edad:	32				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** C.E		905189	
Fecha de Nacimiento:	04-01-1993				**Nacionalidad:**	Ecuatoriana	
Dirección:	Calle 24 # 15-38				**EAPB:**	Nueva Eps.	
N° de teléfono:	3506208182				**Tiempo de residencia:**	12 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	66	TALLA:	1.63	IMC:	28,841	T.A:	119/78

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	✓	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11719

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025
COMUNIDAD: Kichwa

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	María Oliva Kachimuel Santacruz.					
Edad:	40			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	PPT	TI	**N° de Documento:**	463407	
Fecha de Nacimiento:	1984-02-11 nov.			**Nacionalidad:**	Ecuatoriana	
Dirección:	Cra 0A Cll 27 esquina			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3223532828			**Tiempo de residencia:**	18 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
63 Kg	1.50	28.000	106/73

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	x	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	x	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

ALCALDÍA DE SARAVENA

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11720

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17 / 09 / 2025

COMUNIDAD: Kichwa

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Shadia Johana Tabi Maigua						
Edad:	11 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X		**N° de Documento:**	1115739999.	
Fecha de Nacimiento:	26 - Nov - 2013				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Cra 164 #23-43				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3209574325				**Tiempo de residencia:**	11 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
48	1,48,5	21,914	117/74

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?	X	
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11721

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 17/09/2025/
COMUNIDAD: KICHWA.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	MARIA XIMENA MAIGUA MAIGUA.					
Edad:	38 AÑOS			**Sexo:**	FEMENINO	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	C.E	458825
Fecha de Nacimiento:	31-07-1987			**Nacionalidad:**	ECUATORIANA.	
Dirección:	KRA 16A #23-43 - B 60.			**EAPB:**		
N° de teléfono:	3112953974			**Tiempo de residencia:**	12 AÑOS.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
71	1.52.	28,134	121/85.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN UNCARIA

11723

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Raytako Uncana Uncana					
Edad:	17 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.116.732.405	
Fecha de Nacimiento:	20- 08- 2008			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bojabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3042519449			**Tiempo de residencia:**	17 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
59,1 Kg	162 cm	0;41.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Diana Marcela Uncana Uncana					
Edad:	7 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.745.595	
Fecha de Nacimiento:	21- 12- 2017			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del bagabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	7 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
20,7 Kg	114,1 cm	0,14.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11725

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 /10 /2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Geiman José Mejia Uncana						
Edad:	2 años			**Sexo:**		Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**		1.107. 969. 698	
Fecha de Nacimiento:	16- 08- 2023			**Nacionalidad:**		Colombiana	
Dirección:	Playas del Bagalá			**EAPB:**		Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**		2 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
14 kg	89 cm	1,24.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11726

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Carolina Uncana Uncana					
Edad:	15 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.734.705	
Fecha de Nacimiento:	02-10-2010			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playa del Bapabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	16 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
48,6 Kg	143 cm	1,04.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

1727

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 10 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Carmen Elisa Chivaraguia Uncana					
Edad:	3 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.751.447	
Fecha de Nacimiento:	15-03-2022			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bagabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
14,6 Kg	92,3 cm	1,16.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

17728

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Fiady Chiaraquia Uncana					
Edad:	1 año			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.157.970.035	
Fecha de Nacimiento:	14- 11- 2023			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bosque			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	1 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
12,7 Kg	99,0 cm	2,23.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11729

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Meily Katherine Uncana Uncana.						
Edad:	6 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**		1.115.747.054	
Fecha de Nacimiento:	24-02-2019				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bogalá				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	6 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
21,3 kg	109 cm	1,61.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

17730

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 /10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Rubimara Arlay Lopez Bocota					
Edad:	3 años			**Sexo:**	femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.752.872	
Fecha de Nacimiento:	02 - 08 - 2022			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bapba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
14,3 kg	88,1 cm	2,89.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11731

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Shirley Sofia Uncana Uncana					
Edad:	9 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.116.742.901	
Fecha de Nacimiento:	21 - 02 - 2016			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bagabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
20 Kg	116 cm	0,91	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11732

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncaria.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Fredy Fonel Uncaria Uncaria					
Edad:	6 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.747.462	
Fecha de Nacimiento:	11-01-2019			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bojaba.			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	6 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
18,2 Kg	105,9 cm	0,16.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	x	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11733

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: _____

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ailey Estiben Urcana Rondon						
Edad:	1 año				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**		1'057.194.340	
Fecha de Nacimiento:	13-08-2024				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bagdad				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	10 meses	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
10,7 Kg.	82 cm	-0,15	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11734

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 10 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Mariana Uncana Uncana						
Edad:	1 año				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**		**N° de Documento:**	1.167.910.040	
Fecha de Nacimiento:	07 - 11 - 2023				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bapalá				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	1 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
9,89 Kg	74 cm	0,98.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11735

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncaria.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Andrea Teana Uncaria.					
Edad:	17 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1.115.738.763	
Fecha de Nacimiento:	13 - 10 - 2008			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playa del Babaá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3192487949.			**Tiempo de residencia:**	17 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
38,6 Kg	140 cm	-0,49.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11736

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 10 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncaria.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ritica Apiales Tarazona					
Edad:	21 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1'062-498,280	
Fecha de Nacimiento:				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bagala			**EAPB:**	Gajacapa	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	10 meses	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
47 Kg	148 cm	21.5	83 | 117.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11737

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncaria.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nahemy Uncaria Perez					
Edad:	19 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.148. 684. 088	
Fecha de Nacimiento:	01- 01- 2006			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bojalaa			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	19 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
52 Kg	148 cm	23,7.	90/121

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11738

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncaria.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Anny Fabiola Morales Uncaria						
Edad:	3 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**	1.062.600.188		
Fecha de Nacimiento:	12-10-2002			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Playas del Bojabá			**EAPB:**	Cajacopi		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	10 meses		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
12,7 kg	82 cm	1,97.	101/81.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11739

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncaria.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Brenda Uncaria Uncaria					
Edad:	56 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.722.081.	
Fecha de Nacimiento:	16 - 02 - 1969			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bapbá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	56 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
44 kg	139 cm	22,8.	110/60

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?	x	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11740

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncona.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Andrea Lopez Bocota					
Edad:	26 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.723.683	
Fecha de Nacimiento:	10- 05- 1999			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bosque			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	26 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
53 kg	143 cm	25,9.	103/68.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11741

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Lucia Uncana Cristancho					
Edad:	23 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.723.060	
Fecha de Nacimiento:	07 - 04 - 2002			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bajabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No. tiene			**Tiempo de residencia:**	23 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
43,9 Kg	141 cm	22,1.	100/65.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11742

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Gloria Uncana Uncana					
Edad:	32 año			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.720.925	
Fecha de Nacimiento:	16-05-1993			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bojabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	32 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
42,6 Kg	131 cm	24,8.	90/111.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11743

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Catalina Uncana					
Edad:	61 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.720.923	
Fecha de Nacimiento:	08- 03- 1964			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bagalá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	61 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
34,7 kg	140 cm	17.	100/65.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncora.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Manuel Vega Vega					
Edad:	60 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	19589885	
Fecha de Nacimiento:	02 - 02 - 1965			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bojabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3114885316			**Tiempo de residencia:**	60 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
69,9 Kg	163 cm	26,3	79 | 114.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11745

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 10 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncaria.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Luna Tarazona Uncaria					
Edad:	40 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1. 148. 686. 471	
Fecha de Nacimiento:	11 - 01 - 1985			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bapalá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3214672379.			**Tiempo de residencia:**	40 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
72,10 Kg	148 cm	30,2.	80/122.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11746

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Paola Uncana Uncana					
Edad:	23 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.720.928	
Fecha de Nacimiento:	18. 06. 2002			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bojabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3138795886			**Tiempo de residencia:**	23 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
60 Kg	146 cm	28,1.	100/82.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11747

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	María Alejandra Cobana Cobana					
Edad:	03 año			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.788.760	
Fecha de Nacimiento:	28-07-1992			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playa del Bayabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3124116145			**Tiempo de residencia:**	03 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
78,6 Kg	148 cm	36,9.	90| 72.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11748

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 /10 /2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Luica Uncana Uncana					
Edad:	41 año			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.730.949	
Fecha de Nacimiento:	03- 09- 1984			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bojabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3204277004			**Tiempo de residencia:**	41 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
56 Kg	101 cm	24,6.	94| 87.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11749

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ranel Cristancho Tarazona					
Edad:	26 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.542	
Fecha de Nacimiento:	22-01-1999			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bagalá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3108009866			**Tiempo de residencia:**	26 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
53 Kg	161 cm	20,2.	100 | 69.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11750

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 15 / 10 /2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Rekuakubo Arcano Bócota Bócota					
Edad:	39 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.002.498.726	
Fecha de Nacimiento:	17-04-1986			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bayabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3209334305			**Tiempo de residencia:**	39 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
79,8 Kg	106,5 cm		121/81.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11751

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 10 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Olga Kuluna Cinotancho Uncana					
Edad:	19 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.729.603	
Fecha de Nacimiento:	26 - 12 - 2005			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bojabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3012054352			**Tiempo de residencia:**	19 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
58,7 kg	162 cm	26,4	109 | 71

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11752

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 10 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncana.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yaneth Uncana Uncana					
Edad:	27 año			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.120.952	
Fecha de Nacimiento:	06-03-1998			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas del Bojaba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3196647808			**Tiempo de residencia:**	27 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
54,2 kg	137,2 cm	28,8.	100| 66.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11753

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Uncaria.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Leo Uncaria Uncaria					
Edad:	22 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.123.185	
Fecha de Nacimiento:	24 - 07 - 2003			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playon del Bagalai			**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	7 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
33 Kg	149 cm	23,9.	102 | 69.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11754

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN CALAFITAS I

11755

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ofelia Perez Orcana					
Edad:	50				**Sexo:**	Femenina
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**		1.115-724.238
Fecha de Nacimiento:	05/06/1975				**Nacionalidad:**	colombiana
Dirección:	V. Bajo Sanjoaquin				**EAPB:**	Nueva EPS.
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	50 años.

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 71,9	TALLA: 1,46	IMC: 33,7 Ob1	T.A: 125/72

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11756

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Karla Andreina Arenas Uncacia					
Edad:	10 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.742.710. femenino	
Fecha de Nacimiento:	10/02/2015			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
29	130	0,04 Adecuado	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11757

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafita 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Viviana Lucia Valencia Perico					
Edad:	29 años			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1007940362	
Fecha de Nacimiento:	17 - Feb - 1996			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nuevo EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	29 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
59,8 kg	1,51 m	24 normal	127/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11758

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas I

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Emilcen Kaikura Uncana Uncana					
Edad:	18 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.729.636	
Fecha de Nacimiento:	19/01/2007			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	18 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 58,7kg	TALLA: 1,49	IMC: 26,4 sobrepeso	T.A: 125/85

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	x	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

17759

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Catalinas 1.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yeider Samuel Rentulba Bocota Mejia						
Edad:	5 años			**Sexo:**		Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**		1-119. 700. 130	
Fecha de Nacimiento:	8 - junio - 2020			**Nacionalidad:**		Colombiana	
Dirección:	Vda. Bajo San Joaquin			**EAPB:**		Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**		5 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
16,7 Kg	106 cm	-0,26.	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11760

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /.
COMUNIDAD: Colegios 1.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yulene Alexandra Tatiana Diaz Alcantara					
Edad:	1 año			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.753. 316	
Fecha de Nacimiento:	23 - julio - 2024			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	1 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
8,6 kg	75,5 cm	-0,81	N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11761

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Galapitos 1.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nana Elena Perez Cibanza					
Edad:	45 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.724.113	
Fecha de Nacimiento:				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Bap San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	45 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
31 kg	133 cm	17,57	122/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?	x	
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11762

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Calafitas 1.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nemar Yoan Uncana Hernandez					
Edad:	9			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1.149.195.838	
Fecha de Nacimiento:	26/05/2016			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin			**EAPB:**	nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
25,5 Kg	1,23	0,35 adecuado	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11763

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Diego Sneider Tarazona Ruiz						
Edad:	4 años			**Sexo:**		Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**		1115750677	
Fecha de Nacimiento:	16 - May - 2021			**Nacionalidad:**		colombiano	
Dirección:	V. bajo San Joaquin.			**EAPB:**		Nueva EPS	
N° de teléfono:	NO tiene			**Tiempo de residencia:**		4 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 14,7 kg	TALLA: 93,9	IMC: 0,86. Adecuado	T.A: N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11764

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yolanda Perez Cibariza					
Edad:	39				**Sexo:**	Femenino
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**		1.115.724.244
Fecha de Nacimiento:	29/12/1985				**Nacionalidad:**	Colombiana
Dirección:	V. Bajo San Joaquín				**EAPB:**	Nueva EPS
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	39 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
57,4 kg	1,46	26,9 Sobrepeso	130/87

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

1765

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Andrea Uncania Perez					
Edad:	30			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.724.248	
Fecha de Nacimiento:	14/09/1995			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	30 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 71,8 kg.	TALLA: 1,48	IMC: 32,5 dx	T.A: 125/89

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11766

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Leidy Hernandez Lamus					
Edad:	25			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.148.686.706	
Fecha de Nacimiento:	09/05/2000			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:				**Tiempo de residencia:**	25 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 47,1kg	TALLA: 1,48	IMC: 21,5 normal	T.A: 122/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11767

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Andrea Escashwia Diaz Chivaraquia						
Edad:	1 año				**Sexo:**		
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**		1.118.753.380.	
Fecha de Nacimiento:	06 Julio - 2024				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	1 año.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 10K	TALLA: 72cm	IMC: 1,66 Riesgo SP.	T.A: N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11768

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Alicia Cibanza Cibanza					
Edad:	73			**Sexo:**	Femenino.	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.724.230	
Fecha de Nacimiento:	01/05/1952			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	73 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
44 kg	1,45	20,9 normal	130/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11769

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Fanny Uncaria Perez				
Edad:	38 años			**Sexo:**	Femenino
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.724247
Fecha de Nacimiento:	20 Mayo 1987			**Nacionalidad:**	Colombiana
Dirección:	Bajo San Joaquín			**EAPB:**	Nueva EPS
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	38 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 72	TALLA: 1.52	IMC: 31,2. Ob1.	T.A: 122/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?	x	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	x	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11729

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Unidad Colinitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Rosa Elena Ruiz Perez					
Edad:	34			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1115724237	
Fecha de Nacimiento:	25-Dic-1990			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	35 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 75,5kg	TALLA: 1,46	IMC: 35,4.61	T.A: 120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11771

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2023
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Viviana Mejia Lopez					
Edad:	23 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	RC	TI	**N° de Documento:**	1.115.723.698	
Fecha de Nacimiento:	07/06/2002			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	23 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
56,3 kg	1,53	24,1. normal	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11772

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 /10 / 2025 /
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nelson Uncaria Perez					
Edad:	43			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.724.743	
Fecha de Nacimiento:	05/02/1982			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	43 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	73,9 Kg	TALLA:	1,62	IMC:	28,2 Sobrepeso	T.A:	120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11773

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Colafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Diaz Valencia Nastia yasiria					
Edad:	10 meses			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1115753708	
Fecha de Nacimiento:	13-Dic-2024			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	10 mes	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
8,6	67	1,43. Riesgo sobrepeso	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		x
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11774

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nihan Adriana Bacota Mejia						
Edad:	3H.				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**		1.115.753.936	
Fecha de Nacimiento:	21/06/2025				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.				**Tiempo de residencia:**	3H.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
5,26.	57cm	sobrepeso	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11775

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Diana Marcela Uncaria Perez						
Edad:	9				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**		1.116.742.709	
Fecha de Nacimiento:	23/01/2016				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin				**EAPB:**	nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
27,8 Kg	1,24	0,69 Adecuado	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11776

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	D Yesenia Alcantara Uncaria					
Edad:	16			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1115753137	
Fecha de Nacimiento:	20-05-2009.			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	16 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 54.	TALLA: 1,45	IMC: 1,32 Sobrepeso.	T.A: 120/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	(X)
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		X
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11777

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Galapitao 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ingri Johanna Uricana Uricana.					
Edad:	4 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1 115 760 240	
Fecha de Nacimiento:	23 octubre 2020			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Bajo San Joaquin			**EAPB:** Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	4 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
15,4	100 cm	0,10 ✓	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	x	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11778

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yarozona Ruiz Mayerli					
Edad:	9 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1115743157	
Fecha de Nacimiento:	10 - abril - 2016			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	V bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
24,6 kg	119,5	0,40 adecuado	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11779

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas I

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Keiner Irajaro Diaz Valencia					
Edad:	8 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1115745227	
Fecha de Nacimiento:	11-Sep-2017			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	V San Joaquin			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
21,2 Kg	116,5 cm	0,09 adecuado	P/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11780

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas I

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Bleider Bocota Mejra					
Edad:	7			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** ✓	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.745.715	
Fecha de Nacimiento:	06/12/2017			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	7 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
20.1	1.13	0,02 adecuado	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11781

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Calafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nohemi Chvaraquia Garcia					
Edad:	17			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**		1115732413
Fecha de Nacimiento:	18-Sep-2008			**Nacionalidad:**		Colombiana
Dirección:	bajo San Joaquin			**EAPB:**		Nueva Eps
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**		17 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
45,5	1,41	0,56 adecuado.	110/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11782

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/ 10/ 2025
COMUNIDAD: calafita 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Fanny tatiana uncaria uncaria					
Edad:	16			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1148686465	
Fecha de Nacimiento:	20-oct-2008			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	V. bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	16 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 46.9	TALLA: 1.47	IMC: 0,21 adecuado	T.A: 119/80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11783

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

ALCALDÍA DE SARAVENA

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025
COMUNIDAD: Colafitas 1

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Zisa Lady Sirena Uncana Hernandez						
Edad:	8				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**		1.118.744.695	
Fecha de Nacimiento:	26/05/2017				**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin				**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
23,5Kg	1,19	0,37 adecuado	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11784

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16/10/2025/
COMUNIDAD: Calafitas 1.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Erit Isaias Arenas Orcuria						
Edad:	3 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**		**N° de Documento:**	1.115.751.572	
Fecha de Nacimiento:	08/05/2022				**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	V. Bajo San Joaquin				**EAPB:**	nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.				**Tiempo de residencia:**	3años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
15 Kg.	88,6	2,16 SP	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11785

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 16 / 10 / 2025
COMUNIDAD: Calafitas I

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Deiber Sinarama Diaz Valencia						
Edad:	6 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.748.687		
Fecha de Nacimiento:	10/06/2019			**Nacionalidad:**	colombiana		
Dirección:	V. Bajo San Joaquin			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	6 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
17.5	109	-0,49 Adecuado	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11786

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN PLAYAS DEL BOJABA

11787

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025/
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jenifer Nataly Uncania Uncania					
Edad:	5 años			**Sexo:**	Femenino.	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** ✓	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.750.288	
Fecha de Nacimiento:	30/10/2020.			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bogaba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	5 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
15,65 kg	92,5 cm	1,74 sobrepeso.	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11788

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Bernardo Tarazona Uncaria					
Edad:	13 años			**Sexo:**	Masculino.	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** ✓	**N° de Documento:**	1.115.738.779	
Fecha de Nacimiento:	14/10/2012			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Vereda Playas de Bojabal			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	13 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
36.55 kg	1.42 cm	-0,00 Adecuado	101/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11789

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025/
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Daniel Bocota Bocota					
Edad:	28. años			**Sexo:**	Masculino.	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115723051	
Fecha de Nacimiento:	25/10/1997			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Vereda Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	28 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
52 Kg	1.50 cm	23,1 Adecuado.	99/66

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11790

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Marleny Cristancho Ramirez					
Edad:	26 años			**Sexo:**	Femenino.	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.102.	
Fecha de Nacimiento:	28/03/1999			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	26 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
59.35 kg	1.43 cm	Sobrepeso. 29:	109/70

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11791

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Dina Mora Uncaria Cristancho						
Edad:	5 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC**	**RC** ✓	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.750.534		
Fecha de Nacimiento:	17/10/2020			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Vereda Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva eps.		
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	5 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
14 kg	92 cm	0,81 Adecuado	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

1792

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/25
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Oscar Garcia Alcantara					
Edad:	28 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.166.	
Fecha de Nacimiento:	10/09/1997			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	28 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
55,3 kg	1.51 cm.	22.9 adecuado.	121 | 82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

Covid F.A.

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Dama Perez Cristancho					
Edad:	24 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1006407512	
Fecha de Nacimiento:	8-Julio-2001			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3222497905			**Tiempo de residencia:**	24 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
77.1 kg	1.44 cm	37.2 do 1	100/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	✓	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

17794

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playos

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Victoria Tegua Uncana					
Edad:	29 años			**Sexo:**	Femenino.	
Tipo de documento:	**CC** /	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.720.913	
Fecha de Nacimiento:	24/06/1996			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bojabá			**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	29 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
80,8 kg	1.49 cm	36,4 do II	114/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	.
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11795

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Eliaso Balbino Bacota Cabana						
Edad:	36 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC** V	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.148.684.289		
Fecha de Nacimiento:	06/04/1989.			**Nacionalidad:**	Colombiano.		
Dirección:	Vereda Playas de Bayoba			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	3209334504			**Tiempo de residencia:**	36 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
84 kg	1,62 cm	32 ob 1	101/81

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?	X	
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

F.A

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

1796

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Lusayda Chivaraquira Cristancho					
Edad:	28 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.615	
Fecha de Nacimiento:	08/02/1997			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bogotá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	28 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
57,2 Kg.	140 cm	29,2. Sobrepeso	100/65

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11797

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Aushowa Yarley Tegria Chivaraqui a					
Edad:	13 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** ✓	**N° de Documento:**	1115743930.	
Fecha de Nacimiento:	28/08/2012			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	NO tiene.			**Tiempo de residencia:**	13 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
29,1 Kg	119 cm	-0,51 adecuado	100/71

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		✗
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11798

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Marly Keirabara Tegria Tegria					
Edad:	9 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** ✓	**N° de Documento:**	1.115.744.276	
Fecha de Nacimiento:	01/08/2016			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
28 kg	1,25 cm	0,18 adecuado	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

17799

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Estela Uncana Bocota					
Edad:	13 años			**Sexo:**	Femenino.	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** ✓	**N° de Documento:**	1.115.738.772	
Fecha de Nacimiento:	10/08/2012			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	13 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
40,4 kg	139 cm	0,67 adecuado.	112/11

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11800

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Florinda Ramirez Uncanca					
Edad:	68 años.			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.089	
Fecha de Nacimiento:	13/10/1957			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas Del Bajaca			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	68 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
45	1,38	23,6 Adecuado.	121 | 84

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	✓	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	✓	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

Covid 2

11801

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Julieth Andrea Cristancho Uncaria					
Edad:	7 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.745.474	
Fecha de Nacimiento:	23-11-2017			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Playas de Bogotá			**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
19,4 kg	108,7	0,39 peso ideal	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11802

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30 / 10 / 2025 /
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Stefany Alicia Chivaraquia Cristancho					
Edad:	9 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1115742904	
Fecha de Nacimiento:	12 Febrero 2016			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas Del Bobba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
21,3	113	0,10 adecuado	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		✓
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	✓	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11803

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025

COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Diana Uncaria Bocota					
Edad:	24 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.720.919	
Fecha de Nacimiento:	25/02/2001			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Playas de Bojabo			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	24 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
46	148,5	20,9. Adecuado.	111/71

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11804

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30 / 10 / 2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Blanca Ucrania Uncaria					
Edad:	36 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	RC	TI	**N° de Documento:**	1.115 720 924	
Fecha de Nacimiento:	6 Enero / 1989			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas Del Bojaba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	36 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
66,8 kg	1,47 cm	30,9	103/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		✓
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✓	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	✓	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	✓	✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11805

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Cristancho Uscátegui Antonio					
Edad:	43 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC X	RC	TI	**N° de Documento:**	1.115-720684	
Fecha de Nacimiento:	15 Julio 1982			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Playas Del Bojaba			**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	43 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
51 kg	1.48 cm	2333	120/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	✓	
8	¿Consume tabaco?	.	✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?	.	✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	✓	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	.	✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	✓	
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	✓	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11806

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Edwin Cristancho Uncaria					
Edad:	21 años			**Sexo:**	Colombiano	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.117	
Fecha de Nacimiento:	08/08/2004			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	21 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
58.8 kg	1.51 cm	25,8 Sobrepeso	130/76

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11807

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yulian Cristancho Uncaria					
Edad:	18 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.728.632	
Fecha de Nacimiento:	22/07/2007			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Playas de Bgdoa			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	18 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
56 kg	1.51 cm	24,6	101/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

T.A

11907

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA; ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yazmin Cristancho Uncaria					
Edad:	16 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.148.686.443	
Fecha de Nacimiento:	06/03/2009			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	16 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
51 kg	1.47 cm.	23,56	100/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11809

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playos

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Noise Cristancho Ramirez				
Edad:	40 años			**Sexo:**	Masculino
Tipo de documento:	**CC** ✓	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115-723-088
Fecha de Nacimiento:	28/02/1985			**Nacionalidad:**	Colombiano
Dirección:	Vereda Playos de Bojaba			**EAPB:**	Nueva Eps
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	40 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
67 kg	1.63 cm	24.6	103/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11810

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Laura Marcela Oncaua Bocoto					
Edad:	22 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.720.920	
Fecha de Nacimiento:	18/10/2003			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Rojoba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3209169591			**Tiempo de residencia:**	22 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
55,7 kg	152,5 cm	24 Adecuado.	98/65

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

1811

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playos

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Rubrio Ruben Rincorados Rincorados					
Edad:	24 años			**Sexo:**	Masculino.	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1049392855	
Fecha de Nacimiento:	02/02/2001			**Nacionalidad:**	Colombiano.	
Dirección:	Vereda Playas Bogubo			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3016547785			**Tiempo de residencia:**	24 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
68,3 kg	161,5 cm	26,2 Sobrepeso.	113/63

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

T.A

11812

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025/
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Oloniel Rotabaria Alcantara					
Edad:	17 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** ✓	**N° de Documento:**	1115.732407	
Fecha de Nacimiento:	13/09/2008			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Vereda Playas de Bogota			**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	3118233694			**Tiempo de residencia:**	17 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
64.10 kg	161 cm	1,09 sobrepeso	101/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11813

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Amalia Bacota Bacota					
Edad:	64 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1115723091	
Fecha de Nacimiento:	09/09/1961			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	64 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
72,3 kg.	1,43 cm	35,4 obesidad II	100/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		✓
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11814

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Celestino Bocota Bocota						
Edad:	50 años			**Sexo:**	Masculino.		
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.723.612		
Fecha de Nacimiento:	14/12/1975			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	Vereda Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	50 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
47.8 kg	147.8 cm	21, 9. Adecuado.	109/65

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		✓
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

F.A covid

11815

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025 /
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Rosalba Uncania Uncania					
Edad:	57 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.720.930.	
Fecha de Nacimiento:	27/04/1968.			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bojabá			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	57 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
46 kg	1.46 cm	21,6 Adecuado	111/66

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

T.A covid.

1816

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 30/10/2025
COMUNIDAD: Playas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Olga Fernanda Bocota Uncaria					
Edad:	11 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** ✓	**N° de Documento:**	1.115.741.003	
Fecha de Nacimiento:	10/10/2014			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vereda Playas de Bojaba			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	11 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
26,9 kg	124 cm	0,08 adecuado.	101 / 65

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11817

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN CALAFITAS II

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Riacura Edwar Uncana Uncana lizaro20						
Edad:	1 año				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**		1115753348	
Fecha de Nacimiento:	06/08/2024				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	Vda. Campo hermoso				**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No tiene.				**Tiempo de residencia:**	1 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
8,6 kg.	73,8	0,81	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		x
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11819

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Saray Dalila Uncana Rincorada						
Edad:	3 años				**Sexo:**	femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**		1.115.751.563	
Fecha de Nacimiento:	12/06/2022				**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3107698342				**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
15,15 kg.	89,7cm	2,06	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

1182

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Kafakura Aurora Rincohada Rincohada					
Edad:	24 años			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1049392716	
Fecha de Nacimiento:	20/06/2001.			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Campoo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3107698342			**Tiempo de residencia:**	24 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
67,4 Kg.	1,52 cm	29,1	115/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11821

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Marta Ramirez Lizarazo					
Edad:	42 años.			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.720.892	
Fecha de Nacimiento:	11/02/1983			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Coosalud EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	42 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 77,9 kg.	TALLA: 153,5 cm	IMC: 33	T.A: 101/65

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11822

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01 / 11 / 2025
COMUNIDAD: Callaritas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Rocio Lopez Concha					
Edad:	30 años			**Sexo:**	Femenino.	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.729.124	
Fecha de Nacimiento:	28/02/1996			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	30 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
63,3 kg	146,6 cm	29,6	111/65

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11823

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01 / 11 / 2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Keily Milena Lizarazo Uncana						
Edad:	4 años				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**		1.115.750.545	
Fecha de Nacimiento:	27/11/2020				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	4 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 16,7 Kg	TALLA: 97,6 cm	IMC: 1,50	T.A: N/N

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

1182

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jhon Alexander Linarez Chcana					
Edad:	6 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.157.967.512	
Fecha de Nacimiento:	15/11/2018			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Vda. Campohermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	6 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 19,3 kg	TALLA: 108,3 cm	IMC: 0,652	T.A: N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11925

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Leonor Urrea Chivaraquia					
Edad:	40 años			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.729.696	
Fecha de Nacimiento:	14/09/1985			**Nacionalidad:**	colombiana.	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	40 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
64,2 kg.	1,44 cm.	30,9	101/81

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11826

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Claudia Lizarazo Uncaria					
Edad:	36 años.			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.720.898	
Fecha de Nacimiento:	01/09/189			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No trae			**Tiempo de residencia:**	36 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 72 kg.	TALLA: 151,5 cm	IMC: 31,5	T.A: 100/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11827

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Galgaitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yuriana Liseth Lizarazo Lizarazo						
Edad:	3				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**		1.115.781.668	
Fecha de Nacimiento:	09/08/2022				**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso				**EAPB:**	Nuevo EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
12,6 kg.	89,5 cm	0,0	N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11028

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Helena Uncana Alcantara						
Edad:	52 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.729.706		
Fecha de Nacimiento:	30/11/1973			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Vda. campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	51 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 47,9 kg	TALLA: 1,45	IMC: 22,7	T.A: 113/71

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11829

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yeison Raul Linarato Uncoria					
Edad:	10 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	CC	PPT	TI x	**N° de Documento:**	1.115.741.551	
Fecha de Nacimiento:	26/05/2015			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Vda Campo Hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
25,6	1,24cm	0,83	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yolanda Tarazona Lizarazo						
Edad:	29 años.				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**		1.115.720.900	
Fecha de Nacimiento:	23/12/1995				**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3125869051				**Tiempo de residencia:**	29 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 69,1 kg.	TALLA: 146,5 cm	IMC: 32,4	T.A: 100/60

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		x
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11831

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Sandra Milena Uncaria Lizarazo					
Edad:	21 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.729.718	
Fecha de Nacimiento:	25/12/2003			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	21 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	60 kg.	TALLA:	145,5cm	IMC:	28,5	T.A:	116/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		✓
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11832

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Cabañitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Carmen Uncaria Uncaría					
Edad:	59 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.729.713	
Fecha de Nacimiento:	31/12/1965			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	20 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
52,3 kg.	143,5 cm	25,4	115/81

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		x
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11933

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Leonilde Oncana Lizarazo					
Edad:	17 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1.115.729.720	
Fecha de Nacimiento:	17/02/2008			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	17 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	61,5 Kg.	TALLA:	154,5 cm	IMC:	25,7	T.A:	110/85

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11834

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Omaira Perez Lizarazo					
Edad:	36			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	RC	TI	**N° de Documento:**	1.115.720.901	
Fecha de Nacimiento:	24/12/1988			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso.			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	36.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 66,7 kg	TALLA: 150,5 cm	IMC: 29,3	T.A: 130/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11835

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01 / 11 / 2025
COMUNIDAD: Calafitos 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	María Lizarazo Uncaria					
Edad:	51 años.			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.720.899	
Fecha de Nacimiento:	06/01/1974			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	51 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
60,6 kg	146,3 cm	28,3 27,0	109 / 68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11836

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Carmen Perez Pedraza					
Edad:	64 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	RC	TI	**N° de Documento:**	1.115.720.882	
Fecha de Nacimiento:	01/05/1961			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	V Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	20 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
65.3. kg.	1.40 S cm.	33,1	111/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11837

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Lorena Lizarazo Perez					
Edad:	45 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.729.702	
Fecha de Nacimiento:	18/05/1980			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso.			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	45 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 66,1 kg	TALLA: 1,45 cm	IMC: 31,3	T.A: 110/59

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11838

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Javier Cristancho Ramirez					
Edad:	28 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115 723.173	
Fecha de Nacimiento:	02/04/1997			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Vda Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3202951103			**Tiempo de residencia:**	28 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 59 kg.	TALLA: 142,7 cm	IMC: 29,2	T.A: 122/86

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

ALCALDÍA DE SARAVENA

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

1839

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Colafitos 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Teresa Uricoa Tarazona						
Edad:	40 años			**Sexo:**	Femenina		
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**	1115723540		
Fecha de Nacimiento:	18-06-1985			**Nacionalidad:**	colombiana		
Dirección:	Vda. Campo Hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	40		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
54	140	27,55	101/75

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

ALCALDÍA DE SARAVENA

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11840

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Angela Liliana Lizarazo Lopez					
Edad:	3 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1157969388	
Fecha de Nacimiento:	28 - Agosto - 2022			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Campo Hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
14	89 cm	0,0	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01 / 11 / 2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Tutisu Bocota Bocota					
Edad:	42 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.049.393.328	
Fecha de Nacimiento:	01/01/1983			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	42 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
67 Kg.	1,50 cm.	29,7	106/87

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?	x	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11842

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ingrid Jhoana Linarato Lopez					
Edad:	8 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1115749949	
Fecha de Nacimiento:	19 agosto 2017			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vda Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	3218182235			**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 23 kg	TALLA: 113,8.	IMC: CIE 0,96	T.A: N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11893

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafita 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Angela Jose Lizarazo Lopez					
Edad:	10 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1011157411541	
Fecha de Nacimiento:	14 mayo 2015			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda Campo Hermoso			**EAPB:**	Nuevaeps	
N° de teléfono:	3223452457			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
34,4 kg	125,7 cm	1,67 ~~Sobrepeso~~	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11844

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Angela Liliana Lizarazo Lopez						
Edad:	3 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.159.969.388		
Fecha de Nacimiento:	28/08/2022			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva eps		
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	3 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
14,53kg.	87,1 cm	2,16	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11845

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Elcida Lopez Concho					
Edad:	20 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.648	
Fecha de Nacimiento:	13 / Marzo / 2005			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Campo Hermoso			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	20 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	54,65kg	TALLA:	1,50cm	IMC:	24,2	T.A:	112/78

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11946

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01 / 11 / 2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Willy Ferney Uncaria Lopez						
Edad:	1 año				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**		**N° de Documento:**	1-115753.4994	
Fecha de Nacimiento:	29/09/2024				**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso				**EAPB:**	NuevaEPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	1 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
10,65 kg	76	1,11	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		F
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11847

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Calafitas 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Floraida Melinda Camargo Tarazona					
Edad:	10 años			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.742.798	
Fecha de Nacimiento:	08/09/2015			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	3125869051			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 30 kg.	TALLA: 1,23 cm	IMC: 1,22 SP. 1,9,220	T.A: N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11848

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01 / 11 / 2025
COMUNIDAD: Calafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Uruara Adriana Garza Perez					
Edad:	9 años			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.157.966.581	
Fecha de Nacimiento:	20/02/2016			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	Vda. Campo hermoso			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	9 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 31,7 kg.	TALLA: 128,4 cm	IMC: 19,36	T.A: N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11849

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 01/11/2025
COMUNIDAD: Collafitas 2.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Raquelina Vicaria Lizarazo						
Edad:	15 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**	1.149.195.837		
Fecha de Nacimiento:	10- Agosto-2010			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Vda. Campo Hermoso			**EAPB:**	Nueva Eps		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	15 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
48.8 kg	1,47 cm	06,5	101/61

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN CHIVARAQUIA BAJA

11851

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29 / 10 / 2025
COMUNIDAD: C. Chivoraqueia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Robinson Galvis Ibarra						
Edad:	6 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1115748333		
Fecha de Nacimiento:	09-Junio-2019			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	Comunidad calafitas			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	6 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
16.	101		N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11852

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraquira

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	leidy Chivaraquira Galvis						
Edad:	9 años				**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**		1157966686	
Fecha de Nacimiento:	16-MAYO-2016				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Comunidad chivaraquira				**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
22.5	109		N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11853

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Luis Hernando Urrea Lopez					
Edad:	39 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1115723070	
Fecha de Nacimiento:	24 - diciembre - 1985			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	C. Chivaraquia			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	39 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 60	TALLA: 159	IMC:	T.A: 101/85

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contácto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

ALCALDÍA DE SARAVENA

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11854

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Cuvaraguia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Diana Sofia Galvis Ibarra					
Edad:	14			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**	1152964187	
Fecha de Nacimiento:	20/Nov/2010			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	C. Cuvaraguia			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	4 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
47,7	1,45	22,69	101/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11855

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/01/2025
COMUNIDAD: Comunidad Chivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yorna Luisa Galvis Ibarra						
Edad:	45				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	PPT	TI	**N° de Documento:**		1115723623	
Fecha de Nacimiento:	20/Sep/1980				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	C. Chivaraquia				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	45 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 60	TALLA: 1,50	IMC:	T.A: 101/67

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11956

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: Chivaraqira

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Miseyla Ibarra Ramirez					
Edad:	18 años.			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.729.633	
Fecha de Nacimiento:	27/04/2007			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	C. Chivaraqira			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	18 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
45D	1,51	1,74	100/70

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11857

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: Chivaraqura

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Paulo Emilio Chicaria Ibarra						
Edad:	22 dias				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**		1.157971169	
Fecha de Nacimiento:	09/10/2025				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	C. Chivaraqura				**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No tiene.				**Tiempo de residencia:**	22 dias	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
3,8 k	49	0,0	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11858

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: Chivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Gladys Ramirez Chivaraquia					
Edad:	38			**Sexo:** M	Femenina	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1115723177	
Fecha de Nacimiento:	16-Junio-1987			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	C. Chivaraquia			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	38 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
52	140	25.1	101/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11859

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/09/2025
COMUNIDAD: Comunidad Chivaraguia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yadira Chivaraguia Ramirez						
Edad:	12				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**		1115938788	
Fecha de Nacimiento:	19/Abril				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Comunidad Chivaraguia				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	12 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
45,5	1,25		101/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11860

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraquira

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Mayerlith Chivaraquira Ramirez					
Edad:	9 años			**Sexo:**		
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1115743672	
Fecha de Nacimiento:	25/Sep/2016			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	C. Chivaraquira			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	26,80	TALLA:	1,20	IMC:	18,93	T.A:	N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11861

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/09/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Wilinton Horacio Chivaraquia Romero						
Edad:	5 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**		1115750891	
Fecha de Nacimiento:	7 / abril / 2020				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	C. Chivaraquia				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.				**Tiempo de residencia:**	5 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
18,8	100		N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

1862

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: Chivaroa gota

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yolimar Chivaraqua Ramirez					
Edad:	29			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	CC ✓	PPT	TI	**N° de Documento:**	1115723576	
Fecha de Nacimiento:	23 / oct / 1996			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	C. Chivaraqua			**EAPB:**	Nuevo Eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	29 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
65 k	1,42		120/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		✗
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✗
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✗
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✗	
7	¿Consume alcohol?		✓
8	¿Consume tabaco?		✗
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✗
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✗
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✗
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✗
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		✓
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✗
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	✗	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✗
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✗
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✗
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✗
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✗
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	✗	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✗	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✗	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

1863

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: Comunidad de Clivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Lucia Linarazo Orrea					
Edad:	21			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1115.729.697	
Fecha de Nacimiento:	05/abril/2004			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	C. Clivaraquia			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	21 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 74	TALLA: 1,50	IMC:	T.A: 120/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11864

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 24/10/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Katalina Uncana Linarez						
Edad:	6 años				**Sexo:**	femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**		1157967880	
Fecha de Nacimiento:	12/021				**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	C Chivaraquia				**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	no tiene				**Tiempo de residencia:**	6 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 16,9	TALLA: 101	IMC:	T.A: N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11865

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraqui a

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yuli Andrea Ibarra Lopez					
Edad:	12			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1115739075	
Fecha de Nacimiento:	25/Jun/2013			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	C. Chivaraqui			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No Tiene			**Tiempo de residencia:**	12	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 41,6kg	TALLA: 1,43	IMC:	T.A: 98/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11866

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yeni Urrea Ramirez					
Edad:	12 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1115388648	
Fecha de Nacimiento:	29 / Mayo / 2013			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	C. Chivaraquia			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	12 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 28	TALLA: 124	IMC:	T.A:

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11867

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: Comunidad de Alcaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Josue Urrea Ramirez						
Edad:	2 años			**Sexo:**		Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	RC:	1115752889	
Fecha de Nacimiento:	29/Nov/2022			**Nacionalidad:**		Colombiano	
Dirección:	Comunidad Alcaraquia			**EAPB:**		Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**		2 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
14	87		N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11868

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Cuvaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Morelba Lopez Uncaria					
Edad:	37 años			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1148864075	
Fecha de Nacimiento:	13-10-1988			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	C Chicaraquia			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	37 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 60	TALLA: 1.44	IMC:	T.A: 121/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11869

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraquira

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Dana Lisetn Ibarra Lopez					
Edad:	4 años.			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1115750910	
Fecha de Nacimiento:	11 - Sep - 2021			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	C. Chivaraquira.			**EAPB:**	Nueva Eps	
N° de teléfono:	No frene.			**Tiempo de residencia:**	4 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 15,3	TALLA: 91	IMC:	T.A: NA

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	Y	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	Y	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	Y	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraqoia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Dairon Ibarra Lopez						
Edad:	10 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1157966337		
Fecha de Nacimiento:	12-Sep-2015			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	C. Chivaraqoia			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	10 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
23,5	1,15		N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: Chivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Luzmila Perez Ramirez					
Edad:	5 años			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.750.864	
Fecha de Nacimiento:	07/04/2020			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	Comunidad chivaraquia			**EAPB:**	Coosalud	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	5 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 17 Kg	TALLA: 98 cm	IMC:	T.A: N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11872

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29 / 10 / 2025
COMUNIDAD: Chuaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Gloria Ramirez Ramirez					
Edad:	45 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.575	
Fecha de Nacimiento:	24/03/1980			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	comunidad Chuaraquia			**EAPB:**	CoreSalud eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	45 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 59 kg	TALLA: 1,45 cm	IMC:	T.A: 120/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: Chivaraqua

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jacson Perez Ramirez						
Edad:	3 años				**Sexo:**	Hombre	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**		**N° de Documento:**	1.115.752.365	
Fecha de Nacimiento:	17/09/2022				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Comunidad de Chivaraqua				**EAPB:**	Coosalud Eps	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
14,9 kg	85,5cm		N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11874

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 24/10/2025
COMUNIDAD: Comunidad Chivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Lucia Herrera Ibarra						
Edad:	37 años			**Sexo:**	Femenina		
Tipo de documento:	**CC** x	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1115723653		
Fecha de Nacimiento:	02 - Sept - 1988			**Nacionalidad:**	Colombiano		
Dirección:	C. Chivaraquia			**EAPB:**	Nuevo EPS		
N° de teléfono:	3232182788			**Tiempo de residencia:**	37 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
53	1,48		101/64

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11875

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C Cuvaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Omaira tercia Ibarra faraona					
Edad:	29 años			**Sexo:**		
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**		1115723635
Fecha de Nacimiento:	11 Dic 2004			**Nacionalidad:**		Colombiana
Dirección:	C. Cuvaraquia			**EAPB:**		Nueva Eps
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**		20 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
53	1,51	23,68	111/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

1876

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: Comunidad Civaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Flavia Fernanda Galvis Ibarra					
Edad:	4 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC	PPT	TI	**N° de Documento:** RC:	1115753501	
Fecha de Nacimiento:	16/marzo/2021			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	C. Civaraquia			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	4 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
16	90		N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11877

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025

COMUNIDAD: Comunidad Clivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Haritza Clivaraquia Galvis.						
Edad:	11 años				**Sexo:**		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1115740457	
Fecha de Nacimiento:	14/Mayo/2014				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Comunidad Clivaraquia				**EAPB:**	Nuevo EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	11 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 33	TALLA: 127	IMC:	T.A: 101/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado 11878

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/01/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yefeison chivaraquia Galvis						
Edad:	11 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**		1115740631	
Fecha de Nacimiento:	22 / Agosto / 2014				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	C. Chivaraquia				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	11 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 25	TALLA: 117	IMC:	T.A: 101/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		✓
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

1874

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Cluvaraquito

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nicol Cluvaraquito Galviz						
Edad:	13				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** X	**N° de Documento:**		1115737055	
Fecha de Nacimiento:	05/marzo/2012				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	C. Cluvaraquito				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	13 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 31	TALLA: 130	IMC:	T.A:

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

ALCALDÍA DE SARAVENA

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11880

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: C. Chivaraquia

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Richard Chivaraquia Galvis						
Edad:	16 años				**Sexo:**		
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**		1115736258	
Fecha de Nacimiento:	21/Sep/2009				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	C. Chivaraquia				**EAPB:**	Nueva EP-	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	16 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: NS	TALLA: 1,52	IMC:	T.A: 101/81

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11881

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN SAN MIGUEL

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11882

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/a/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Armando Bocota Vargas					
Edad:	22 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** x	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1776684005	
Fecha de Nacimiento:	29/03/2003			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	no tiene			**Tiempo de residencia:**	22 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
53 Kg	153 cm	22,6	119 | 80

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11883

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Evaristo perez martinez						
Edad:	19 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1119282772	
Fecha de Nacimiento:	19/12/2005				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel				**EAPB:** Nueva EPS.		
N° de teléfono:	no tiene				**Tiempo de residencia:**	19 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
57,50 kg	159,5 cm.	22.6	98/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11884

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Achile vargas lopez						
Edad:	24 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1115723706	
Fecha de Nacimiento:	5/10/2001				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel				**EAPB:**	Nueva Eps.	
N° de teléfono:	no tiene				**Tiempo de residencia:**	24 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
63,4 kg	1.44 cm	30,6	101/62

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

1885

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	María teresa mejia chiveragua					
Edad:	35 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	PPT	TI	**N° de Documento:**	1115723724	
Fecha de Nacimiento:	11/02/1990			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Colombia	
N° de teléfono:	no tiene			**Tiempo de residencia:**	35 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
52,15 kg	151 cm.	22,9.	103/65

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11886

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jasmin Vargas Camargo						
Edad:	26				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	PPT	TI	**N° de Documento:**		1115723712	
Fecha de Nacimiento:	31/03/1999				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel				**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	no tiene				**Tiempo de residencia:**	26 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
54, 90 kg	140 cm	28.	100/61

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11887

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Angel Ibarra concha					
Edad:	23 años			**Sexo:**	masculino	
Tipo de documento:	**CC** x	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1115723627	
Fecha de Nacimiento:	8/11/2003			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Saludvida EPS.	
N° de teléfono:	no tiene			**Tiempo de residencia:**	23 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
52,05 Kg	151,2 cm.	22,7.	101/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?	x	
8	¿Consume tabaco?	x	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		x
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11784

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Emilsen mejia Machado						
Edad:	26 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1115723738	
Fecha de Nacimiento:	15/02/2000				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	no tiene				**Tiempo de residencia:**	26 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
53,00 kg	146,7 cm	21,8.	100/60

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11889

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Leticia Arenas Lamus					
Edad:	58 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	30.187.948	
Fecha de Nacimiento:	18/01/1967			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	58 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
50,25 Kg	144 cm	24,2.	101/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11890

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 24/11/2025

COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Simon Rocota Mejia					
Edad:	33				**Sexo:**	masculino
Tipo de documento:	**CC** x	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**		1115728702
Fecha de Nacimiento:	2/07/1992				**Nacionalidad:**	colombiano
Dirección:	San miguel				**EAPB:**	Nueva EPS
N° de teléfono:	3108822640				**Tiempo de residencia:**	33 años

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
50.00 kg	150 cm.	22,1	120/66

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11891

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Luz Mira Bocota Vargas					
Edad:	23 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.148.684.004	
Fecha de Nacimiento:	06/03/2001			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	23 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
57,10 kg	145 cm	27,2.	98/69

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11892

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Rosa linda Bocota Mejia					
Edad:	47 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.685	
Fecha de Nacimiento:	26/11/1978			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	47 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
57,15 kg	142 cm	28,3	120/86

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14 / 11 / 2025
COMUNIDAD: San Miguel.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Carlos Arturo Cabariza					
Edad:	44 años			**Sexo:**	Masculino.	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	17.571.140	
Fecha de Nacimiento:	15 abril 1981			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3142171784			**Tiempo de residencia:**	44 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
79 Kg	156 cm	32,5.	131 | 84

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?	X	
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11894

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 29/10/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ovidio Ramirez					
Edad:	26 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.143	
Fecha de Nacimiento:	04/06/1999			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	26 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 72	TALLA: 1,62	IMC: 27,4	T.A: 101/72

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		X
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		X
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	Y	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11895

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 24/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Carlos manuel vargas lopez					
Edad:	18 años			**Sexo:**	masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1.148.684.012	
Fecha de Nacimiento:	18/01/2007			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	Nueva Eps	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
59 kg	166 cm.	24,2	120 | 84.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	✓	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		✓

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

77896

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Isabel Camejo					
Edad:	48 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.710	
Fecha de Nacimiento:	30-09-1977			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	48 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
56,45 kg	146,5 cm	25,8.	101/83

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		✓
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11897

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Milton Vargas Romero					
Edad:	40 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.684	
Fecha de Nacimiento:	07/03/1985			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	3042326105			**Tiempo de residencia:**	40 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
65,40 kg	152 cm	28,3	96/69

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	✓	
8	¿Consume tabaco?	✓	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	✓	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		✓
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

11899

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Alberto concho uncaria					
Edad:	42 años			**Sexo:**	masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	96.125.686	
Fecha de Nacimiento:	23-03-1983			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	no tiene.			**Tiempo de residencia:**		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
58,40 kg	156,5 cm	23,8.	120/69

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?	x	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

1898

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Bladimir Vargas Romero					
Edad:	43 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.709	
Fecha de Nacimiento:	16-02-1982			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	no tiene			**Tiempo de residencia:**	43 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
66,30 kg	150,5 cm	29,3	101/71

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		✓
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	✓	
8	¿Consume tabaco?	✓	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		✓
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	✓	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11899

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14 / 11 / 2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nelsy Bacota Vargas					
Edad:	27 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** ✓	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.118-684. 003	
Fecha de Nacimiento:	19/08/1998			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	27 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 52,65 Kg	TALLA: 149,5m	IMC: 26,2.	T.A: 121/86

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		✓
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?	✓	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		✓
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	✓	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

11900

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Cecilia Cristancho Arenas					
Edad:	28 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.729.009	
Fecha de Nacimiento:	27/04/1997			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	28 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
45,75kg	142cm	21,7.	120/82

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.		x
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11901

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Margarita Mejia Arenas					
Edad:	48 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.729	
Fecha de Nacimiento:	09/06/1977			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	48 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 46 kg	TALLA: 139 cm	IMC: 23,8.	T.A: 125/88

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

1902

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Claudia Milena Lopez Mejia					
Edad:	18 años.			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC x	RC	TI	**N° de Documento:**	1.115.731.525	
Fecha de Nacimiento:	23-11-2008.			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	18 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 64,10 kg	TALLA: 145 cm	IMC: 30,5	T.A: 101/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3.	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?	X	
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		✓
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		✓
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11903

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Dercy Vargas Camejo					
Edad:	28			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	CC X	RC	TI	**N° de Documento:**	1.115.723.711	
Fecha de Nacimiento:	07/10/1997			**Nacionalidad:**		
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**		
N° de teléfono:				**Tiempo de residencia:**		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
54,80 kg	138cm	32,4	101/67

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11904

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Raiwa martina Bocota					
Edad:	1 año			**Sexo:**	femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI**	**N° de Documento:** RC	1225753703	
Fecha de Nacimiento:	26-10-2024			**Nacionalidad:**	colombiana	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	no tiene			**Tiempo de residencia:**	1 año.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
7,2 kg	68 cm	-8,81	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	X	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	leidy ibara mejia						
Edad:	8 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**		1115743464	
Fecha de Nacimiento:	24/10/2017				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	no tiene				**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
21,30 kg	104 cm	1,71	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Reinaldo Vargas Lopez					
Edad:	12 años			**Sexo:**	masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**	1115237042	
Fecha de Nacimiento:	22-01-2012			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	NO tiene			**Tiempo de residencia:**	13 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
47.3 kg	148 cm	0,97	101/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		x
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

N907

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ian Camilo Bocota mejia						
Edad:	2 años				**Sexo:**	masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT** RC	**TI**	**N° de Documento:**		1.157.969.674	
Fecha de Nacimiento:	27-02-2023.				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	no tiene				**Tiempo de residencia:**	2 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
12,00 kg	86 cm	0,49.	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11908

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025

COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Sandra Liliana Bocota Mejia						
Edad:	10 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**		1115743000	
Fecha de Nacimiento:	29-10-2015				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	no tiene				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
28,65 kg	129 cm	0,26.	101 | 81

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

ALCALDÍA DE SARAVENA

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE

11909

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 19/11/2025

COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yoreisy Bocato Mejia						
Edad:	5 años			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	CC	PPT	TI	**N° de Documento:**	RC: 1155747890		
Fecha de Nacimiento:	26-03-2019.			**Nacionalidad:**	colombia		
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	5 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
26,45 K	108 cm	0,28	N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume alcohol?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		X
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

V1910

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14 / 11 / 2025
COMUNIDAD: San Miguel.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ericson Galvis Borota					
Edad:	3 años			**Sexo:**	Masculino.	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.751.599	
Fecha de Nacimiento:	03/06/2022			**Nacionalidad:**	Colombiana.	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	3 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
11,4 Kg	81 cm	0,68	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11911

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ebeli Daniela Galvis Bocota					
Edad:	8			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.744.643	
Fecha de Nacimiento:	15/01/2017			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
20,9 Kg	112 cm	0,31.	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

1912

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Jaime Ibarra Mejia					
Edad:	10 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.742.072	
Fecha de Nacimiento:	28/05/2015			**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 28,80	TALLA: 123,5m	IMC: 0,81.	T.A: N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11913

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Eshirwia clara vargas lopez					
Edad:	11 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.740.218	
Fecha de Nacimiento:	11/04/2014			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	11 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
40,50 Kg	141.3 cm.	0,94.	121/77

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	✓	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		✓
3	¿Presenta alguna discapacidad?		✓
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		✓
5	¿Tiene hijos?		✓
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	✓	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	✓	
8	¿Consume tabaco?		✓
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		✓
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		✓
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		✓
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		✓
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	✓	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		✓
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		✓
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		✓
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		✓
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		✓
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		✓
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		✓
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		✓
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	✓	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	✓	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11914

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Daniel Fernando Vargas Cristancho						
Edad:	6 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**		1.115.747.960	
Fecha de Nacimiento:	09/04/2019				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	6 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
16.7 Kg	102,3 cm	0,86	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11915

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Fabian Ibarra Cristancho						
Edad:	12 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**		1.115..738.795.	
Fecha de Nacimiento:	04/22/2012				**Nacionalidad:**	Colombiano	
Dirección:	San Miguel				**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	12 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
43,35 kg	145cm	0,93	100/61

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?	X	
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11916

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Aleida Vargas Vargas					
Edad:	13 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.737.096	
Fecha de Nacimiento:	22/02/2012			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	13 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
38,60kg	135 cm	0,69.	100/86

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realizá al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11917

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Carmen Lorena Cristancho Arenas						
Edad:	14				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**		1.115.740.562	
Fecha de Nacimiento:	20/07/2011				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel.				**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene.				**Tiempo de residencia:**	14 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
45	143	1,62	100/68

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

11918

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Cristian Kuanyo Vargas						
Edad:	1 año			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.753.502		
Fecha de Nacimiento:	25/09/2024			**Nacionalidad:**	colombiana		
Dirección:	San Miguel			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	1 año		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
7,94 Kg	68,4 cm.	-0,04	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		X
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11919

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ana Elida Mejia Cachado					
Edad:	16			**Sexo:**	Femenina	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1115732952	
Fecha de Nacimiento:	26/Jun/2009			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	16 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 49,30 kg	TALLA: 137 cm	IMC: 1,46	T.A: 130/89

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		X
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		X
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San Miguel.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Mariana Vargas Mejia						
Edad:	1 año				**Sexo:**	femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**		**N° de Documento:**	1.115.752.935	
Fecha de Nacimiento:	19/12/2023				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	San Miguel.				**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	1 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: 10,80 kg	TALLA: 76cm	IMC: 1,44.	T.A: 96/87

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	(x)
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	(x)
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?		x
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?		x
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		x
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11921

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025
COMUNIDAD: San miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Rosalba Vargas lopez					
Edad:	9 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.742.074	
Fecha de Nacimiento:	20 - 06 - 2015			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	no tiene			**Tiempo de residencia:**	9 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
31,10 Kg	126 cm	1,10	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11922

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14 / 11 / 2025 /
COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Luisaida Galvis Bocota						
Edad:	5 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**		**N° de Documento:**	1.115.750.539	
Fecha de Nacimiento:	14/09/2020				**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San Miguel				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	no tiene				**Tiempo de residencia:**	5 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
21,4 Kg	113 cm	0,90.	N/A

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

11923

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 14/11/2025

COMUNIDAD: San Miguel

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Mileida Vargas Lopez					
Edad:	9 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**PPT**	**TI** x	**N° de Documento:**	1115745467	
Fecha de Nacimiento:	11/10/2016			**Nacionalidad:**	colombiano	
Dirección:	San miguel			**EAPB:**	Nueva EPS.	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	9 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
21,4 Kg	112 cm	1,10.	N/A.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes crónicos?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume alcohol?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
17	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
18	Indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día?		x
20	¿Limita el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas?	x	
21	¿Realiza al menos 150 min de actividad física moderada a la semana?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
NIT. 800231215-1
Evolucionamos pensando en usted

Vigilado: Supersalud
Por la defensa de los derechos de los usuarios
Ministerio de la Protección Social
Departamento de Arauca

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN CHIVARAQUIA ALTA

11925

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraguia Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Aurelio Concha Medina.					
Edad:	4 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.157.968.913	
Fecha de Nacimiento:	02 - 10 - 2021			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraguia Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	4 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
12,7 Kg	88 cm	0,29	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11926

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chiviragua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Silvio Urrea Concho					
Edad:	1 año			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** X	**TI**	**N° de Documento:**	1110763080	
Fecha de Nacimiento:	11- 02- 2024			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chiviragua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	1 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
9,20 kg	73 cm	0,15.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11927

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nino Chivaraqua Garcia					
Edad:	25 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1115123589	
Fecha de Nacimiento:	10 - 02 - 2000			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraqua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	25 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
57,3 Kg	136 cm	30,9	91 | 114.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11928

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Benjamin Mejia Chivaraqua					
Edad:	40 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1115723723	
Fecha de Nacimiento:	20-09-1985			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraqua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	40 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
58,7	157,5 cm	23,7	90 | 122.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?	X	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11929

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 11 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaragua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Katerine Linarez Ramirez					
Edad:	31 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.148.684.079	
Fecha de Nacimiento:	06 - 10 - 1994			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaragua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	31 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
74 Kg	163 cm	31,6	89 | 124.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11930

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chiviraquia Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Alberto Urrea Lopez					
Edad:	38 año			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.013	
Fecha de Nacimiento:	08-07-1987			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chiviraquia Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	38 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
68,4 Kg	156 cm	20,4	91| 119.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?		x
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?	x	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11931

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chuvaragua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Edgar Ibarra Tarazona					
Edad:	22 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1116723631	
Fecha de Nacimiento:	05-01-2003			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chuvaragua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	22 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
55,7 Kg	160 cm	21	99/118.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11932

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Alberto Bácota Mejía					
Edad:	31 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.723.731	
Fecha de Nacimiento:	16 - 11 - 1994			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraqua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	31 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
59,1 Kg	160 cm	20,4	94 | 107.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?		x
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11933

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Elvira Gomez Medina					
Edad:	33 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.148.684.057	
Fecha de Nacimiento:	01-02-1992			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraqua Alta			**EAPB:**	Nueva eps	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	33 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
58,0 Kg	142,3 cm	28,9	90/119.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11934

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 /12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Catalina Santafé Bocota						
Edad:	36 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**		1.148.684.042	
Fecha de Nacimiento:	08-05-1989.				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraqua Alta				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	36 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
51 Kg	147,3 cm	23,5	92 | 114.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11935

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaragua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Diana Marcela Ibarra Concha					
Edad:	24 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.626.	
Fecha de Nacimiento:	08-08-2021			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaragua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	24 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
49,3 Kg	142 cm	24,4	81 | 119.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	X	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11936

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Roomira Concha Medina					
Edad:	42 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.696	
Fecha de Nacimiento:	28 - 12 - 1982			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraqua Alta.			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	42 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
46,4 Kg	139,3 cm	23,9.	87 | 114.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	X	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Miguel Concho Chivaraqua					
Edad:	74 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC** X	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.723.564	
Fecha de Nacimiento:	31 - 10 - 1951			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraqua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	74 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
68 Kg	164 cm	21,6.	91/118

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?	X	
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?	X	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	X	
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	X	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	X	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11938

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaragua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Carmelina Medina Chivaragua					
Edad:	75 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC** x	**RC**	**TI**	**N° de Documento:**	1116720118	
Fecha de Nacimiento:	20 - 06 - 1950			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaragua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	70 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
47,8 Kg	131,0 cm	16,4.	97 | 112

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?	x	
8	¿Consume tabaco?	x	
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11939

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaroavia Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Cherkama Yazmin Ibarra Pena						
Edad:	11 años			**Sexo:**		Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**		1157940219	
Fecha de Nacimiento:	23 - 10 - 2013			**Nacionalidad:**		Colombiana	
Dirección:	Chivaroavia Alta			**EAPB:**		Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**		11 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
41 Kg	156.8 cm	1,37.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 11 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Angelina Yuminara Bócota Gomez						
Edad:	1 año			**Sexo:**	Femenino		
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.763.153		
Fecha de Nacimiento:	30 - 01 - 2024			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Chivaraqua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	1 año		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
9,3 Kg	76 cm	0,64	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11941

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraguia Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Esteban Yaciaca Chivaraguia Gomez					
Edad:	7 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.747.219	
Fecha de Nacimiento:	07-11-2018			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraguia Alta			**EAPB:**	NUEVA EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	07 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
19,7 Kg	101, cm	1,88	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11942

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraquia Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Kevin Daniel Lopez Lizarazo						
Edad:	8 años			**Sexo:**		Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**		1.115.744.452	
Fecha de Nacimiento:	18-12-2016			**Nacionalidad:**		Colombiana	
Dirección:	Chivaraquia Alta			**EAPB:**		Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**		8 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
27,4 Kg	117,1	1,86.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11943

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraquia Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Mariana Urrea Concha					
Edad:	6 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.116.749.843	
Fecha de Nacimiento:	20-10-2019			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraquia Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	6 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
16,83 Kg	96,2 cm	1,02	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11944

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 /11 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Bladimir Gaucho Medina					
Edad:	11 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.741.814	
Fecha de Nacimiento:	27 - 08 - 2014			**Nacionalidad:**	Colombiana.	
Dirección:	Chivaraqua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	11 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
21,9 Kg	119,1 cm	0,24	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11945

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 /12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaragua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Yoidan Ruben Lopez Ibarra						
Edad:	6 años			**Sexo:**	Masculino		
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.750.360		
Fecha de Nacimiento:	21 - 06 - 2019			**Nacionalidad:**	Colombiana		
Dirección:	Chivaragua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS		
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	6 años		

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
14,92	91,2 cm	1,61	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?		x
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaragua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ismael Lopez Gomez						
Edad:	10 años				**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**		1.115.742.073	
Fecha de Nacimiento:	17 - 03 - 2016				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaragua Alta				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	10 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
26,3 Kg	118,7 cm	0,87	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11947

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 11 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaragua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Luis Bocota Gomez					
Edad:	15 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.115.734.748	
Fecha de Nacimiento:	29- 06- 2010			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaragua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	15 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A.:
41,1 Kg	139, 3	0,41	112 | 87

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11948

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	David Bocota Gomez					
Edad:	13 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** X	**N° de Documento:**	1.116.738.796	
Fecha de Nacimiento:	15- 10 - 2012			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraqua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	13 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
36,7 Kg	127,0 cm	1,31	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	X	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		X
3	¿Presenta alguna discapacidad?		X
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		X
5	¿Tiene hijos?		X
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	X	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		X
8	¿Consume tabaco?		X
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		X
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	X	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		X
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	X	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	X	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		X
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		X
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		X
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		X
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		X
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		X
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		X
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		X
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	X	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		X

11949

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaragua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Benjamin Reja Santafé					
Edad:	5 años			**Sexo:**	Masculino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.749.445	
Fecha de Nacimiento:	24-01-2020			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaragua Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	5 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
15,7 Kg	99 cm	2,87	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11950

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaroquia Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Ofelia Shawira Ibana Gomez					
Edad:	2 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.762.727	
Fecha de Nacimiento:	11 - 09 - 2023			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Alta Chivaroquia			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	2 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
10,9 Kg	79 cm	1,94.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?	x	
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11951

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraguia Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Nelson Gomez Cristancho					
Edad:	2 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.762.616	
Fecha de Nacimiento:	25 · 07 · 2023			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraguia Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	2 años.	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
11,2 Kg	79 cm	0,89.	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?	x	
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?	x	

11952

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 /12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraguia Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Isabella Gomez Cristancho					
Edad:	17 años			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**	1.118.684.096	
Fecha de Nacimiento:	16 - 12 - 2007			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraguia Alta			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene.			**Tiempo de residencia:**	17 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
47 Kg	146 cm	0,25.	92|118.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?	x	
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11953

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 / 12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Claudia Carolina Lopez Ibarra					
Edad:	4 año			**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC** x	**TI**	**N° de Documento:**	1.115.750.561	
Fecha de Nacimiento:	23-08-2021			**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraqua Alta.			**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene			**Tiempo de residencia:**	4 año	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
17,9 Kg	92 cm	3,26	No aplica.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?	x	
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x

11954

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 106 DE 2025

FICHA DE CARACTERIZACIÓN COMUNITARIO

Fecha: 09 /12 / 2025 /
COMUNIDAD: Chivaraqua Alta.

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Monica Urrea Concho						
Edad:	17 años				**Sexo:**	Femenino	
Tipo de documento:	**CC**	**RC**	**TI** x	**N° de Documento:**		1.116.736.916	
Fecha de Nacimiento:	15-09-2008.				**Nacionalidad:**	Colombiana	
Dirección:	Chivaraqua Alta				**EAPB:**	Nueva EPS	
N° de teléfono:	No tiene				**Tiempo de residencia:**	17 años	

II. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO:	TALLA:	IMC:	T.A:
44,8 Kg	148 cm	-0,25	84 | 122.

III. ATENCIÓN COMUNITARIA

ITEM	PREGUNTA	SI	NO
1	Esquema de vacunación completo para la edad.	x	
2	¿Presenta antecedentes de enfermedades crónicas?		x
3	¿Presenta alguna discapacidad?		x
4	¿Cuenta con certificado de discapacidad?		x
5	¿Tiene hijos?		x
6	¿Ha asistido a atención de PYM en el último año?	x	
7	¿Consume bebidas alcohólicas?		x
8	¿Consume tabaco?		x
9	¿Consume sustancias psicoactivas?		x
10	¿En su hogar o alrededores existen aguas reposadas?	x	
11	¿Utiliza repelente de insectos regularmente?		x
12	¿Elimina los objetos que puedan acumular agua lluvia en su hogar?	x	
13	¿Se lava las manos después de comer, ir al baño y después de tener contacto con animales basura?	x	
14	¿Ha presentado infecciones de trasmisión sexual?		x
15	¿Actualmente cuenta con método de planificación familiar?		x
16	¿Tiene dificultades para controlar sus emociones o sentimientos?		x
17	¿Ha experimentado pensamientos o sentimientos de desesperanza o inutilidad?		x
18	Presenta indicios de ser víctima de vulneración o violencia física		x
19	¿Consume frutas y verduras de cosecha durante el día?		x
20	¿Consume alimentos procesados y bebidas azucaradas?		x
21	¿Realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada al día?		x
22	¿Duerme de 7-8 horas diarias?	x	
23	¿Consume al menos 2L de agua al día?		x