E.S.E. Hospital Mental
Nit. 891412134-1
Dirección:Av. 30 agosto Cr. 13 #87-76 Tel: 3373444 Pereira

3180

FACTURA DE VENTA
Nº FEVE284450

FECHA FACTURA 09/12/2025 09:14 a. m. **ESTADO** Confirmado

CLIENTE GOBERNACION DE RISARALDA **NIT** 891480085 **CIUDAD** PEREIRA
DIRECCION Calle 19 No.13-17 **TELEFONO** 3398300
VENDEDOR HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%Dto	%Iva
1 PIC01	SERVICIOS EXTRAMURALES		1.00	$ 147,097,610.00	$ 147,097,610.00	0.00	0.0

DETALLE
Servicios prestados en el plan de intervenciones colectivas PIC mes de noviembre

SUBTOTAL	$ 147,097,610.00
DESCUENTO	$ 0.00
IMPUESTO	$ 0.00
VALOR FLETES	$ 0.00
IMPUESTO FLETES	$ 0.00
RETENCION IVA	$ 0.00
RET.IVA SERVICIOS	$ 0.00
RETENCION ICA	$ 0.00
RETENCION FUENTE	$ 0.00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0.00
TOTAL FACTURA	$ 147,097,610.00
TOTAL A PAGAR	$ 147,097,610.00

SON

CIENTO CUARENTA Y SIETE MILLONES NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SOMOS Empresa_Estatal

Firma Jefe de Facturación

Firma Recibido

Fecha recibido: Día / Mes / Año ___/___/_____/

Resolución Autorización de Facturación Nº 18764092032341 del 16/04/2025
Prefijo: FEVE del 270,001 al 300,000

CUFE:
2253fe013c43280c98468139012761928 68be7045f47eba5bea8255ccf2263c60f2ab80a81e84ee0805971ccf29f860d

LICENCIADO A: [HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA] NIT [891412134-1]

HOMERIS
E.S.E. Hospital Mental
Universitario de Risaralda

En Homeris la atención es más
Cálida y Humanizada

EL GERENTE Y LA REVISORÍA FISCAL

CERTIFICAN

Que la ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda se encuentra a Paz y Salvo por concepto de Aportes Parafiscales, Aportes a la Seguridad Social y Riesgos Profesionales al 05 de diciembre de 2025.

A continuación, se relacionan los pagos correspondientes a Seguridad Social en la Planilla 35619130, Tipo E, Operador ASOPAGOS:

NOMBRE	VALOR PAGAR
SALUD TOTAL	5.929.400
SANITAS	7.526.600
EPS SURA	9.519.700
SOS-EPS	5.868.900
NUEVA E.P.S. S.A.	7.770.400
PROTECCION	3.994.500
PORVENIR	10.423.800
COLFONDOS	1.340.200
COLPENSIONES	32.870.900
ARL POSITIVA	6.568.300
COMFAMILIAR RISARALDA	12.717.000
SENA	6.360.500
ICBF	9.538.500
TOTAL	**$120.428.700**

Para constancia se firma a los 09 días del mes de diciembre de 2025.

FEDERICO RESTREPO ESCOBAR
Gerente

JUAN ALEJANDRO TREJOS RESTREPO
Revisor Fiscal TP 59188-T

Av. 30 de Agosto No. 87-76 Pereira - Risaralda Teléfono: (6) 3373444
Código Postal 660001 - Correo: info@homeris.gov.co - www.homeris.gov.co
Nit: 891.412.134-1

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
IDENTIFICACIÓN:	NI-891412134
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	2
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	OMERIS2022
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-12-05
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-09
FECHA DE PAGO:	2025-12-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35619130
TOTAL COTIZANTES:	53
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35619130
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	11	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.929.400	$ 5.929.400
EPS005	800251440	SANITAS	11	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.526.600	$ 7.526.600
EPS010	800088702	EPS SURA	11	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.519.700	$ 9.519.700
EPS018	805001157	SOS-EPS	8	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.868.900	$ 5.868.900
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	12	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.770.400	$ 7.770.400
Subtotal Salud		5	53	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.615.000	$ 36.615.000
236201	800229739	PROTECCION	6	$ 53.800	$ 53.800	$ 0	$ 3.994.600	$ 3.994.500
230301	800224808	PORVENIR	14	$ 146.900	$ 146.900	$ 0	$ 10.423.800	$ 10.423.800
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 39.500	$ 39.500	$ 0	$ 1.340.200	$ 1.340.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	32	$ 641.400	$ 641.400	$ 0	$ 32.870.900	$ 32.870.9
Subtotal Pensión		4	53	$ 881.600	$ 881.600	$ 0	$ 48.629.400	$ 48.629.400
14-23	860011153	POSITIVA	53	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.568.300	$ 6.568.300
Subtotal ARL		1	53	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.568.300	$ 6.568.300
CCF44	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	53	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.717.000	$ 12.717.000
Subtotal CCF		1	53	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.717.000	$ 12.717.000
PASENA	899999034	SENA	53	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.360.500	$ 6.360.500
PAICDF	899999239	ICBF	53	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.538.500	$ 9.538.500
		Total a pagar		$ 881.600	$ 881.600	$ 0	$ 120.428.700	$ 120.428.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/01/2026

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Secretaría:	**De Salud**	**Dirección:**	**Gobernación de Risaralda**
Número del Contrato:	***1630***	**Informe No.:**	***7***
Periodo al que corresponde el presente informe:	**Del 01 al 30 de Noviembre de 2025**	**Plazo de Ejecución:**	**8 meses**
Contratista:	***E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda***	**Interventor:**	***Luz Adriana Rivera González***

2. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES EJECUTADAS:

OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES

1. Realizar procesos de caracterización por medio de trabajo intersectorial con instituciones educativas del municipio de Belén de Umbría las cuales proveerán la información de población específica, quienes hayan sido identificados con conductas significativas de atención que puedan corresponder a necesidades en salud mental. Se entregará como evidencia informe de actividad con respectivo análisis cuali-cuantitativo, el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado, registro fotográfico; con los respectivos RIPS, bajo el Código CUPS I10101. Actividad realizada por dupla Profesional en psicología y profesional en trabajo social. Cantidad: 10 familias en zona urbana y 5 familias en zona rural. Tiempo: 3 horas para cada proceso de caracterización en zona urbana y 5 horas para cada proceso en zona rural.	Actividad cumplida en el mes de mayo /	*Las evidencias escaneadas en medio magnético en el link: Link: acceso carpetas Salud Mental 2025 https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1U25tQa-0jl9jiWxlO7BRIJD1EutdbvzQ	

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

2. Realizar visitas domiciliarias o atenciones descentralizadas según lo identificado en la caracterización; donde se diseñe un Plan Integral en salud mental con actividades de información y educación en prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores de Salud Mental, dirigido a las familias de estudiantes identificados en la institución educativa a impactar del municipio de Belén de Umbría. Se realizará canalización y remisión de las personas según identificación y necesidad en Salud Mental en el marco de la Ley 1620. Se entregará como evidencia: 15 Planes Integrales en salud mental diseñados, listados de asistencia, registro fotográfico de visitas domiciliaras e intervenciones realizadas. Bajo el Código CUPS I10101. Cantidad 15 familias, total 60 visitas de seguimiento, 40 en zona urbana y 20 en zona rural, para un promedio 4 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social.	Actividad finalizada en el mes de septiembre	**La Evidencia se relaciona así:** Acta de reunión. - Listado de cumplimiento de actividades. - Fichas Familiares APS. - Registro fotográfico.	

ADICIÓN: Ampliar el tiempo de ejecución del contrato Cantidad 15 familias, total 30 visitas de seguimiento, 20 en zona urbana y 10 en zona rural, para un promedio 2 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social. (Belén de Umbría)	Se realizaron las siguientes acciones para el cumplimiento de este alcance: **Zona urbana:** -Cantidad de familias caracterizadas: 10. **Zona rural:** -Cantidad de familias caracterizadas: 5 **Metodología aplicada:** Metodología: abordaje integral a través de visitas, diálogos familiares, análisis de factores de riesgo y protección, y evaluación del entorno familiar y comunitario. **-Metodología aplicada:** Durante las intervenciones se desarrollaron sesiones individuales, grupales y espacios psicoeducativos. Se abordaron temas como: Habilidades emocionales, reconocimiento de las emociones, expresión de las emociones, la comprensión de las emociones propia y ajenas, la regulación emocional, crianza Respetuosa, apego seguro, los límites claros y con sentido, la comunicación asertiva y empática, la disciplina con enseñanza no con miedo. proyecto de vida, estilos de vida y estilo de vida saludables, toma de decisiones, manejo de crisis, orientación vocacional y manejo de estrés. Los contenidos se adaptan a las necesidades de cada familia. Desde el área de Psicología y trabajo social se observaron avances significativos, reflejados en la apropiación de los procesos de acompañamiento por parte de las familias; solo nos queda agradecer a cada una de las familias por permitirnos ser parte de este proceso a través de sus historias, la cercanía, la confianza y la disposición para la intervención.	Evidencias anexadas en el presente documento y que reposan en las carpetas creadas como soporte para la intervención de cada familia. (medio físico y magnético) carpeta familias Belén de umbría	✓

El acompañamiento realizado a las veredas en noviembre, se observaron avances significativos en el área familiar y académica, niños(a), todos culminaron sus estudios, la gran mayoría con excelencia académica. Compartimos con las familias la alegría por estos logros, pues fortalecer la motivación hacia el estudio ha sido uno de los objetivos dentro de esta intervención.

Nuevamente los integrantes del programa siguen expresando la importancia de este tipo de proyectos, que favorecen a la comunidad, especialmente en las zonas rurales, donde muchas veces no existe la posibilidad de contar con apoyos psicológico y psicosocial en las comunidades.

Se cumplió con la intervención en las veredas lo cual ha resultado muy pertinente, ya que se evidencia la necesidad de trabajar en prevención y promoción frente a problemáticas como la deserción escolar, por la falta de acompañamiento o supervisión de los padres, violencia intrafamiliar, trabajos en el campo o domésticos, poca valoración de la educación, de igual forma como se mencionó anteriormente las veredas está siendo afectadas por el consumo de sustancias, en particular el uso del *vaper*, que afecta la población infantil desde edades muy tempranas en las instituciones educativas. Así mismo, se identificó la importancia de fortalecer aspectos como la construcción de un proyecto de vida, la orientación vocacional y el desarrollo de la autoestima, la cual se ve afectada en algunos casos por dificultades académicas y socioeconómico.

Con el cierre de esta etapa de acompañamiento, se reconoce que, como se mencionó anteriormente, las familias han mostrado avances significativos en la apropiación y participación activa dentro de los procesos de intervención. Sin embargo, solo nos queda esperar que cada familia pueda seguir utilizando los recursos aprendidos en la intervención para continuar fortaleciendo habilidades emocionales

	tales como el reconocimiento, expresión y comprensión de las emociones propias y ajenas, así como la regulación emocional. Del mismo modo, se identifica la importancia de seguir promoviendo prácticas de crianza respetuosa, comunicación asertiva y empática, y una disciplina basada en la enseñanza y no en el miedo. En la intervención de mes de noviembre como apoyo complementario, se entregaron materiales didácticos para reforzar los aprendizajes y facilitar su aplicación en la vida cotidiana, promoviendo una crianza basada en el respeto, el afecto y la corresponsabilidad. La intervención de las 15 familias se completó satisfactoriamente, diferenciando entre zonas urbanas y rurales. El trabajo en dupla permitió una comprensión integral de las dinámicas familiares. Los soportes en medio físico se entregan por cada familia intervenida, desde el consentimiento informado, la caracterización y primera visita, luego el plan de intervención de cada familia y los soportes de cada visita con acta de visita y listado de asistencia, además del registro fotográfico, (se anexa las evidencian originales en este informe final organizados en dos carpetas debidamente organizadas según la ley de archivo)		

3. Realizar procesos de caracterización por medio de trabajo intersectorial con instituciones educativas del municipio de Santa Rosa de Cabal, las cuales proveerán la información de población específica, quienes hayan sido identificados con conductas significativas de atención que puedan corresponder a necesidades en salud mental. Se entregará como evidencia informe de actividad con respectivo análisis cuali-cuantitativo, el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado, registro fotográfico; con los respectivos RIPS, bajo el Código CUPS I10101. Actividad realizada por dupla Profesional en psicología y profesional en trabajo social. Cantidad: 10 familias en zona urbana y 5 familias en zona rural. Tiempo: 3 horas para cada proceso de caracterización en zona urbana y 5 horas para cada proceso en zona rural.	Actividad cumplida en el mes de mayo.	*Las evidencias escaneadas en medio magnético en el link: Link: acceso carpetas Salud Mental 2025. https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1U25tQa-0jl9jjWxtO7BRIJD1EutdbvzQ	

4. Realizar visitas domiciliarias o atenciones descentralizadas según lo identificado en la caracterización; donde se diseñe un Plan Integral en salud mental con actividades de información y educación en prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores de Salud Mental, dirigido a las familias de estudiantes identificados en la institución educativa a impactar del municipio de Santa Rosa. Se realizará canalización y remisión de las personas según identificación y necesidad en Salud Mental en el marco de la Ley 1620. Se entregará como evidencia: 15 Planes Integrales en salud mental diseñados, listados de asistencia, registro fotográfico de visitas domiciliaras e intervenciones realizadas. Bajo el Código CUPS I10101. Cantidad 15 familias, total 60 visitas de seguimiento, 40 en zona urbana y 20 en zona rural, para un promedio 4 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social.	Se dio cumplimiento hasta el mes de septiembre		

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

ADICIÓN: Ampliar el tiempo de ejecución del contrato Cantidad 15 familias, total 30 visitas de seguimiento, 20 en zona urbana y 10 en zona rural, para un promedio 2 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social. (Santa Rosa de Cabal)	En el periodo señalado, mes de noviembre se desarrollaron encuentros domiciliarios con las 15 familias previamente identificadas como prioritarias, con el fin de finalizar proceso de acompañamiento psicosocial orientado a promover entornos protectores para niños, niñas y adolescentes. Este trabajo buscó fortalecer las habilidades parentales, partiendo de un enfoque que valoró la comunicación, la gestión emocional y la construcción de normas claras en el hogar. Las visitas permitieron un acercamiento directo a la dinámica de cada núcleo familiar, favoreciendo la identificación de factores que afectan la convivencia cotidiana. A partir de ello, se brindaron orientaciones personalizadas para fortalecer prácticas de crianza respetuosa, el ejercicio de la autoridad positiva y el reconocimiento y regulación de emociones. Para apoyar este proceso, se emplearon las siguientes estrategias: Carta al otro, la mochila invisible, mi familia en un dibujo mágico, mi playlist de la vida y manos que hablan, favoreciendo la comprensión del comportamiento de los miembros de la familia, reconociendo las fortalezas, necesidades y compromisos comunes para mejorar la convivencia. Asimismo, se utilizaron recursos físicos como colores, hojas, cartulina y marcadores, los cuales sirvieron para realizar actividades que promuevan sensibilizar la importancia del amor como base del vínculo afectivo, la necesidad de establecer límites claros y coherentes, y la construcción de normas familiares desde el respeto y la comprensión. Estos materiales al proceso entre los encuentros, se entregaron materiales didácticos y herramientas prácticas, diseñadas para reforzar los contenidos trabajados en las visitas. Estas actividades buscan consolidar aprendizajes y fomentar la aplicación de pautas de crianza basadas en el afecto, el respeto mutuo y la responsabilidad compartida, contribuyendo así al fortalecimiento del bienestar integral de todos los miembros del hogar.	Evidencias anexadas en el presente documento y que reposan en las carpetas creadas como soporte para la intervención de cada familia. (medio físico y magnético) carpeta familias Santa Rosa de Cabal	

	La intervención de las 15 familias se completó satisfactoriamente, diferenciando entre zonas urbanas y rurales. El trabajo en dupla permitió una comprensión integral de las dinámicas familiares. Los soportes en medio físico se entregan por cada familia intervenida, desde el consentimiento informado, la caracterización y primera visita, luego el plan de intervención de cada familia y los soportes de cada visita con acta de visita y listado de asistencia, además del registro fotográfico, (se anexa las evidencian originales en este informe final organizados en dos carpetas debidamente organizadas según la ley de archivo)		

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

5. Realizar procesos de caracterización por medio de trabajo intersectorial con instituciones educativas del municipio de Marsella, las cuales proveerán la información de población específica, quienes hayan sido identificados con conductas significativas de atención que puedan corresponder a necesidades en salud mental. Se entregará como evidencia informe de actividad con respectivo análisis cuali-cuantitativo, el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado, registro fotográfico; con los respectivos RIPS, bajo el Código CUPS I10101. Actividad realizada por dupla Profesional en psicología y profesional en trabajo social Cantidad: 10 familias en zona urbana y 5 familias en zona rural. Tiempo: 3 horas para cada proceso de caracterización en zona urbana y 5 horas para cada proceso en zona rural.	Actividad cumplida en el mes de mayo.	*Las evidencias escaneadas en medio magnético en el link: Link: acceso carpetas Salud Mental 2025. https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1U25tQa-0jl9jjWxlO7BRIJD1EutdbvzQ	

6. Realizar visitas domiciliarias o atenciones descentralizadas según lo identificado en la caracterización; donde se diseñe un Plan Integral en salud mental con actividades de información y educación en prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores de Salud Mental, dirigido a las familias de estudiantes identificados en la institución educativa a impactar del municipio de Marsella. Se realizará canalización y remisión de las personas según identificación y necesidad en Salud Mental según la Ley 1620. Se entregará como evidencia: 15 Planes Integrales en salud mental diseñados, listados de asistencia, registro fotográfico de visitas domiciliaras e intervenciones realizadas. Bajo el Código CUPS I10101. Cantidad 15 familias, total 60 visitas de seguimiento, 40 en zona urbana y 20 en zona rural, para un promedio 4 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social.	Se dio cumplimiento a este alcance en el mes de septiembre		

ADICIÓN: Ampliar el tiempo de ejecución del contrato Cantidad 15 familias, total 30 visitas de seguimiento, 20 en zona urbana y 10 en zona rural, para un promedio 2 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social. (Marsella)	Se realizaron las siguientes acciones para el cumplimiento de este alcance: **Zona urbana:** -Cantidad de familias caracterizadas: 10. **Zona rural:** -Cantidad de familias caracterizadas: 5 **Metodología aplicada:** Metodología: abordaje integral a través de visitas, diálogos familiares, análisis de factores de riesgo y protección, y evaluación del entorno familiar y comunitario. En el mes de noviembre se inició con la organización del cronograma y la planificación de las intervenciones para cada familia, además se prepararon los materiales de acuerdo con las particularidades de los procesos de cada beneficiario. Teniendo en cuenta lo anterior se realizaron intervenciones destinadas a dar cierre a los procesos de psicosociales realizados en el periodo MAYO-NOVIEMBRE, en las que se abordaron actividades como las líneas de tiempo, lluvia de aprendizajes, botiquín de prevención, cajas de cuidado familiar, con el fin de retroalimentar y consolidar las temáticas trabajadas en cada familia, las cuales fueron: la gestión emocional, el apoyo familiar, el refuerzo de la comunicación, el autoconcepto, la resolución de conflictos, la expresión emocional, la organización y diferentes prácticas/metodologías de estudio para la presentación de talleres y evaluaciones escolares, el fortalecimiento de vínculos, las pautas de crianza, los límites y las normas, la prevención del consumo de SPA, el proyecto de vida, la comunicación asertiva, el autocuidado. Finalmente, se entregaron herramientas y materiales didácticos para que las familias continúen implementándolas en su cotidianidad, aún finalizado el proceso, buscando contribuir a la consolidación y el refuerzo de los aprendizajes adquiridos.	Evidencias anexadas en el presente documento y que reposan en las carpetas creadas como soporte para la intervención de cada familia. (medio físico y magnético) carpeta familias Marsella	

	La intervención de las 15 familias se completó satisfactoriamente, diferenciando entre zonas urbanas y rurales. El trabajo en dupla permitió una comprensión integral de las dinámicas familiares. Los soportes en medio físico se entregan por cada familia intervenida, desde el consentimiento informado, la caracterización y primera visita, luego el plan de intervención de cada familia y los soportes de cada visita con acta de visita y listado de asistencia, además del registro fotográfico, (se anexa las evidencian originales en este informe final organizados en dos carpetas debidamente organizadas según la ley de archivo)		

7. Realizar atención profesional en la línea amiga en turnos, con disponibilidad las 24 horas del día los 7 días de la semana, durante 8 meses de duración del contrato, acorde a la necesidad de la comunidad durante la duración del contrato, de manera confidencial a través de acompañamiento psicoemocional, información, atención en crisis, fortalecimiento de habilidades y estrategias de afrontamiento y la activación de ruta de atención a los usuarios que así lo requieran. Deberá registrar en la plataforma y los formatos de registro de atención existentes, la información requerida para la atención de la línea y realizar la consolidación de las atenciones y caracterización de los usuarios que utilizan el servicio. del Departamento de Risaralda, identificando los factores clínicos y sociodemográficos presentes en los casos de los problemas mentales atendidos. Deberá realizar notificaciones a las entidades correspondientes de los casos de obligatorio reporte, según la identificación que se efectué durante el proceso de atención a través de la línea, activando así, de manera oportuna la ruta de atención con copa al correo saludmentalyconvivencia@risaralda.gov.co. Incluye los costos de operación del Call Center durante las 24 horas del día, los 8 meses de actividad, acorde a las condiciones estipuladas en el estudio previo. Así mismo deberá llevar a cabo una estrategia comunicativa en acciones de prevención del suicidio y difusión de la línea amiga en los municipios del Departamento.	✓ La línea amiga realizó la atención 24 horas durante el mes de noviembre tuvo disponible, profesionales en psicología clínica entrenados para la atención de usuarios en crisis. ✓ No hubo activaciones de ruta para instituciones públicas. ✓ En la estrategia de comunicación se han realizado talleres de prevención del suicidio, manejo de las emociones y difusión del uso de la línea amiga de Risaralda y lugares, beneficiando a la comunidad en general, para este mes resaltan las atenciones en los municipios de Quinchía. ✓ Se recepcionan casos referidos de diferentes centros reguladores y se les da trámite según la EAPB del usuario y se remiten a la IPS para atención según contratación (HOMERIS INSR).	Se adjuntan evidencias de registro diario de llamadas, Dashboard, actas de reunión, registros fotográficos, correos electrónicos de activación de rutas.	

8. Acciones de educación en salud a través del programa Familias Fuertes, que es una intervención primaria de capacitación en habilidades de crianza y relación familiar para prevenir conductas de riesgo en jóvenes entre 10 y 14 años de edad, en reconocimiento al rol de la familia en la salud de los adolescentes y la importancia de incluirla en estos esfuerzos programáticos. Con este equipo realizar acompañamiento a la gestión intersectorial y sectorial para la construcción e implementación del Plan Departamental de Drogas, incluye gestión de las mesas intersectoriales, Comité Departamental de Drogas, actores involucrados según la Política Nacional de Drogas. Realizar coordinación, gestión y seguimiento a la implementación del programa basado en evidencia científica, denominado Familias Fuertes, Amor y Límites, incluye la coordinación de equipo humano facilitadores implementadores del programa y la gestión logística para la implementación del mismo, priorizando 4 municipios del departamento (La Celia, Marsella, Santuario, Santa Rosa), con 8 grupos y un total de 120 familias formadas en el programa. Actividad realizada durante 4 meses. Bajo el Código CUPS I10104.	Actividad finalizada durante el mes de septiembre.	Se realizo relación de los anexos en los informes anteriores, se encuentran en la carpeta en medio físico a cargo de la supervisión y se disponen en medio magnético en carpeta familias fuertes: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1-VXi_Y1dRX9JZkpMTZghEfD9WMaTXpPU	

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

ADICIÓN: Implementación del programa Familias Fuertes Priorizando 2 municipios del departamento (Pereira en el corregimiento de Arabia y La Virginia), con 4 grupo y un total de 60 familias formadas en el programa	**ACTIVIDAD 1:** El día 05/11//2025, se realiza Sesión #2 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 3:00 pm a 5:30 pm. **ACTIVIDAD 2:** El día 05/11/2025, se realiza Sesión #2 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm. **ACTIVIDAD 3:** El día 7/11/2025, se realiza Sesión #3 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello de 7 am a 9:30 am. **ACTIVIDAD 4:** El día 07/11/2025, se realiza Sesión #3 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello 5 pm a 7:30 pm. **ACTIVIDAD 5:** El día 1211//2025, se realiza Sesión #3 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 3:00 pm a 5:30 pm. **ACTIVIDAD 6:** El día 12/11/2025, se realiza Sesión #3 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm. **ACTIVIDAD 7:** El día 14/11/2025, se realiza Sesión #4 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello de 7 am a 9:30 am. **ACTIVIDAD 8:** El día 14/11/2025, se realiza Sesión #4 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello 5 pm a 7:30 pm.	La evidencia se relaciona así: Registro fotográfico, formatos de asistencia, desde la sesión 2 hasta la sesión 6	

	ACTIVIDAD 9: El día 19/11/2025, se realiza Sesión #4 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm. **ACTIVIDAD 10:** El día 19/11/2025, se realiza Sesión #4 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm **ACTIVIDAD 11:** El día 21/11/2025, se realiza Sesión #5 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello de 7 am a 9:30 am. **ACTIVIDAD 12:** El día 21/11/2025, se realiza Sesión #5 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello 5 pm a 7:30 pm. **ACTIVIDAD 13:** El día 26/11/2025, se realiza Sesión #5 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm. **ACTIVIDAD 14:** El día 26/11/2025, se realiza Sesión #5 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm. **ACTIVIDAD 15:** El día 28/11/2025, se realiza Sesión #6 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello de 7 am a 9:30 am. **ACTIVIDAD 16:** El día 28/11/2025, se realiza Sesión #6 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello 5 pm a 7:30 pm.		

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
Versión: 0	Vigencia 09-2012	

	Se realiza seguimiento a las familias a través del monitoreo de su participación en las sesiones y la verificación de los listados de asistencia, lo cual permite identificar los aprendizajes adquiridos y la aplicación práctica de las herramientas brindadas por el programa. Adicionalmente, se elabora un informe semanal que documenta de manera sistemática el desarrollo de las sesiones llevadas a cabo hasta la fecha en los municipios de Pereira-corregimiento de Arabia y La Virginia. Se ha mantenido un contacto directo y permanente con la coordinadora del programa, lo cual ha permitido una comunicación efectiva para el desarrollo de acciones conjuntas orientadas a fortalecer el proceso de formación con las familias. En este marco, se ha realizado retroalimentación constante respecto a los insumos y materiales necesarios para la realización de las sesiones en los municipios de Pereira-corregimiento de Arabia y La Virginia. Se ha realizado la recolección de evidencias conforme a los lineamientos establecidos por el programa y a las orientaciones brindadas por la coordinación, incluyendo registros fotográficos, listados de asistencia, formatos de seguimiento y demás insumos requeridos. Las evidencias originales se anexarán en el informe final de corte mes de diciembre, sin embargo, se relacionan las evidencias en medio magnético en carpeta compartida con la supervisión, por grupo intervenido con registro fotográfico de las sesiones desarrolladas		

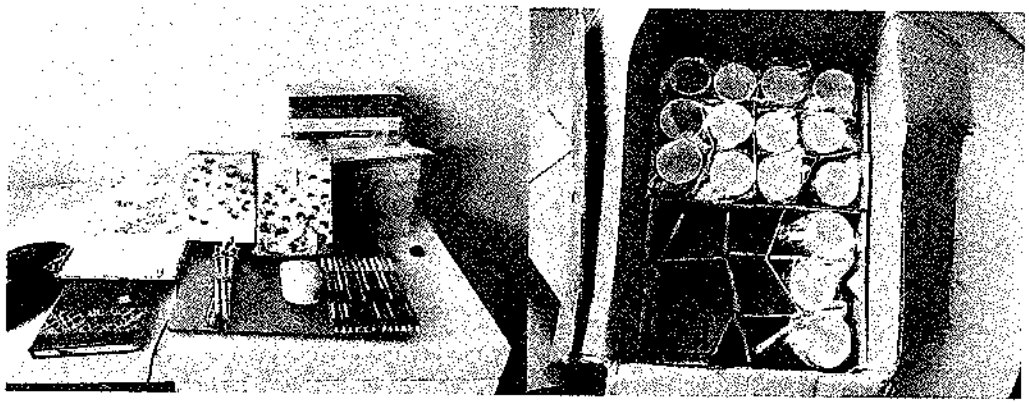
FEDERICO RESTREPO ESCOBAR
GERENTE E.S.E. HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
C.C. 10.021.416 de Pereira

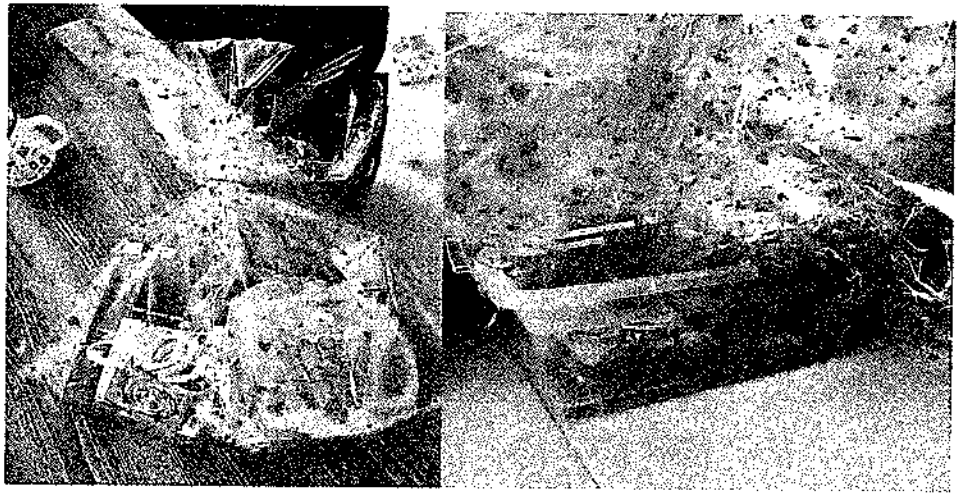
Proyectó: Sandra Paola Gil Ossa
Coordinadora Plan de Intervenciones Colectivas

REGISTRO FOTOGRAFICO

Nombre actividad: Reunión de Equipo Fecha: 4 de noviembre de 2025 Lugar: Belmonte – Puerto Madero


Nombre actividad: Reunión de Equipo y actividad de descarga emocional equipos de PIC
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belmonte – Puerto Madero





Nombre actividad: Organización materiales para eventos de cierre programas PIC
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belmonte – Puerto Madero



Nombre actividad: Revisión de informes y soportes PIC
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belmonte – Puerto Madero



	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

Nombre actividad: Apoyo educación salud mental, seguimiento a intervenciones
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: La Virginia y Caimalito



Nombre actividad: Apoyo educación salud mental, seguimiento a intervenciones
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Instituciones educativas priorizadas

REGISTRO FOTOGRAFICO SALUD MENTAL A SU CASA MUNICIPIO DE BELEN DE UMBRIA



Nombre actividad: sexta intervención Familiar.
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belén de Umbría



Nombre actividad: sexta intervención Familiar –

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belén de Umbría



Nombre actividad: sexta intervención Familiar.
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belén de Umbría

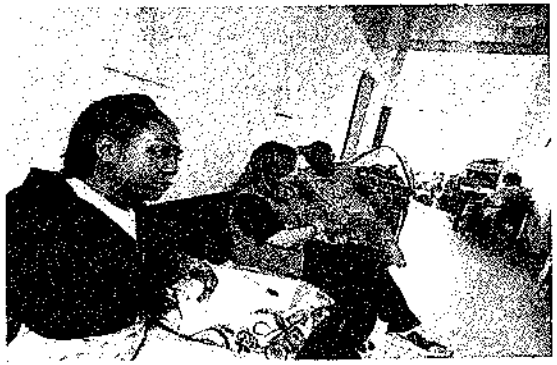


Nombre actividad: Sexta intervención Familiar –

Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belén de Umbría



Nombre actividad: Sexta intervención Familiar.
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belén de Umbría



	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

Nombre actividad: Sexta intervención Familiar –
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belén de Umbría



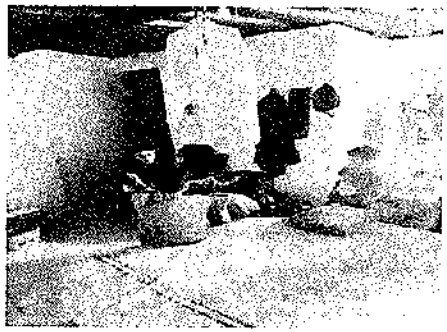
Nombre actividad: Sexta intervención Familiar.
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belén de Umbría



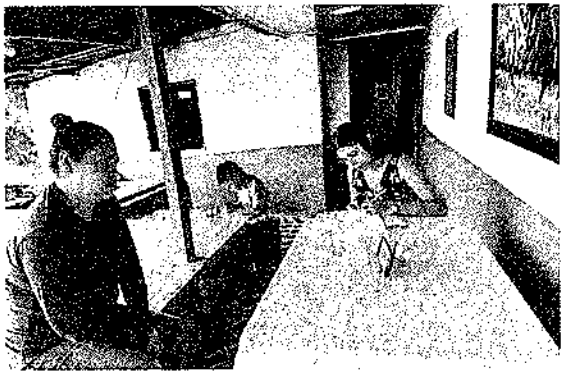
Nombre actividad: Sexta intervención Familiar –
Fecha: noviembre de 2025
Lugar: Belén de Umbría



	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

REGISTRO FOTOGRAFICO SALUD MENTAL MARSELLA

Nombre actividad: Visita 6 – Familia Avendaño Fecha: 8 de noviembre del 2025 Lugar: Marsella – Vereda La Oriental

Nombre actividad: Visita 5 – Familia Ramírez Cano Fecha: 8 de noviembre de 2025 Lugar: Marsella – Vereda La Oriental

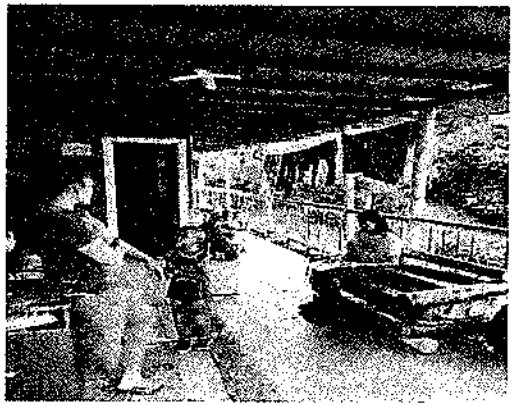


Nombre actividad: Visita 5 – Familia Amariles García
Fecha: 09 de noviembre de 2025
Lugar: Marsella – Vereda San Andrés



Nombre actividad: Visita 6 – Familia Guasaquillo Mestizo
Fecha: 10 de noviembre del 2025

Lugar: Marsella – Vereda Corozal

Nombre actividad: Visita 6 – Familia Ossa Correa Fecha: 12 de noviembre del 2025 Lugar: Marsella – Cll 10

Nombre actividad: Visita 6 – Familia Gómez Osorio

Fecha: 14 de noviembre de 2025 Lugar: Marsella – Vereda Las Cascadas

Nombre actividad: Visita 6 – Familia Gutiérrez Nieto Fecha: 14 de noviembre de 2025 Lugar: Marsella – Cll 18 #3-19

Nombre actividad: Visita 5 – Familia Marín Montes Fecha: 14 de noviembre de 2025

Lugar: Marsella – Cll 10 #6-31

Nombre actividad: Visita 6 – Familia Torres Ramírez Fecha: 19 de noviembre de 2025 Lugar: Marsella – Barrio La Aurora 1

Nombre actividad: Visita 6 – Familia González Osorio

Fecha: 19 de noviembre de 2025 Lugar: Marsella – Cll 11 #19-05

Nombre actividad: Visita 6 – Familia Cano Ospina Fecha: 20 de noviembre del 2025 Lugar: Marsella – La Aurora 1

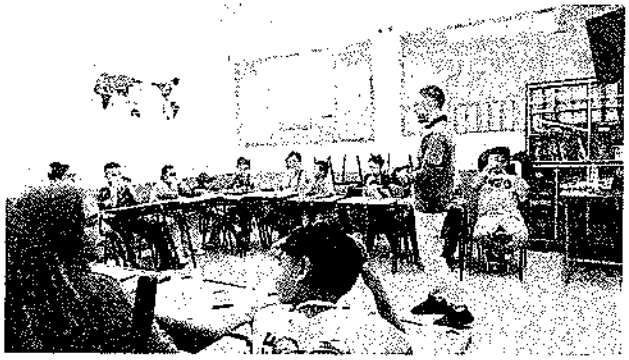
Nombre actividad: Visita 5 – Familia Rendón Betancourt

Fecha: 24 de noviembre de 2025
Lugar: Marsella – Cll 11 #6-32



Nombre actividad: Visita 4 – Familia Castellanos Rotavista
Fecha: 24 de noviembre de 2025
Lugar: Marsella – Cll 10 #6-20

REGISTRO FOTOGRAFICO PROGRAMA FAMILIAS FUERTES FAMILIAS SESIONES CON FAMILIAS



Nombre actividad: Sesión 2 FAMILIAS Grupo 1 Fecha: 05/11/2025 Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda

Nombre actividad: Sesión 2 FAMILIAS Grupo 2 Fecha: 05/11/2025 Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda

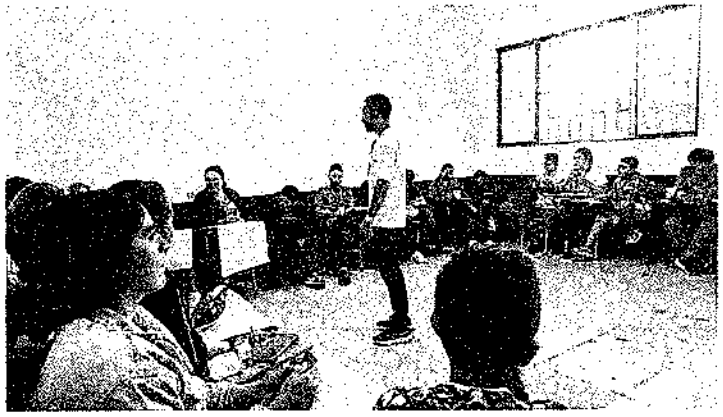


Nombre actividad: Sesión 3 FAMILIAS Grupo 1
Fecha: 07/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda



Nombre actividad: Sesión 3 FAMILIAS Grupo 2

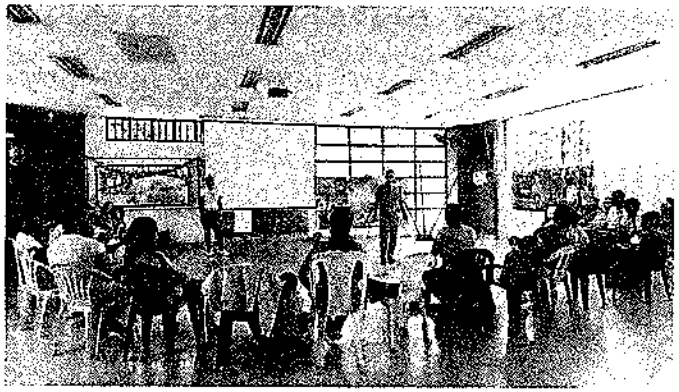
Fecha: 07/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda



Nombre actividad: Sesión 3 FAMILIAS Grupo 1
Fecha: 12/11/2023
Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda

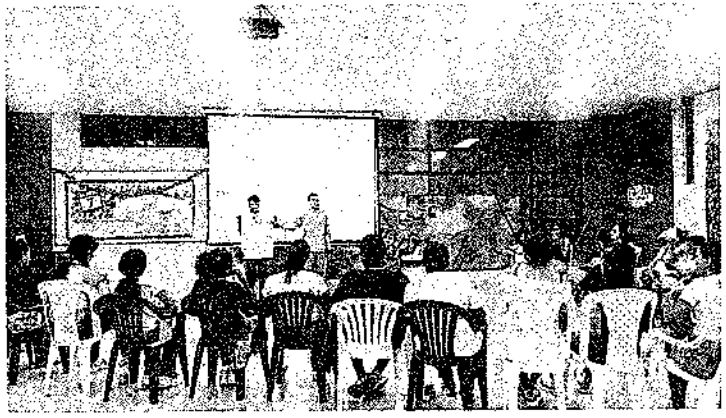


Nombre actividad: Sesión 3 FAMILIAS Grupo 2
Fecha: 12/11/2023
Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda

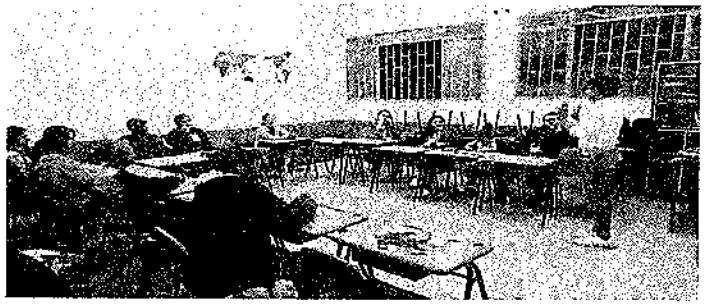


Nombre actividad: Sesión 4 FAMILIAS Grupo 1

Fecha: 14/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda



Nombre actividad: Sesión 3 FAMILIAS Grupo 2
Fecha: 14/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda

REGISTRO FOTOGRÁFICO FAMILIAS FUERTES SESIONES DE PADRES
Nombre actividad: Sesión 2 Padres Grupo 1 3:00 pm Fecha: 05/11/2025 Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda

Nombre actividad: Sesión 2 Padres Grupo 2 6:00 pm Fecha: 05/11/2025 Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda


Nombre actividad: Sesión 3 Padres Grupo 1 7:00 am
Fecha: 07/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda



Nombre actividad: Sesión 3 Padres Grupo 2 5:00 pm
Fecha: 07/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda



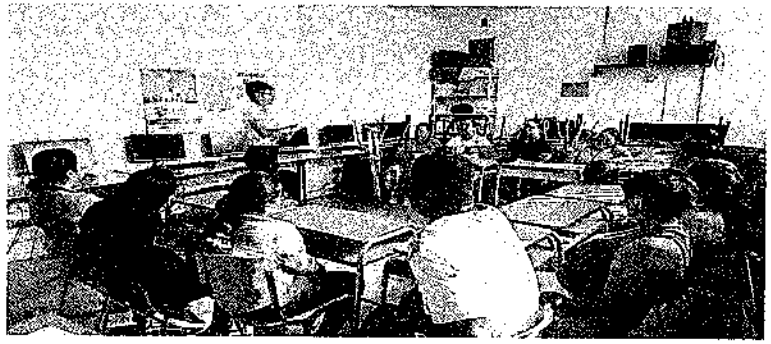
Nombre actividad: Sesión 3 Padres Grupo 1 3:00 pm
Fecha: 12/11/2025

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda



Nombre actividad: Sesión 3 Padres Grupo 2 6:00 pm
Fecha: 12/11/2025
Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda



Nombre actividad: Sesión 4 Padres Grupo 1 7:00 am
Fecha: 14/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda



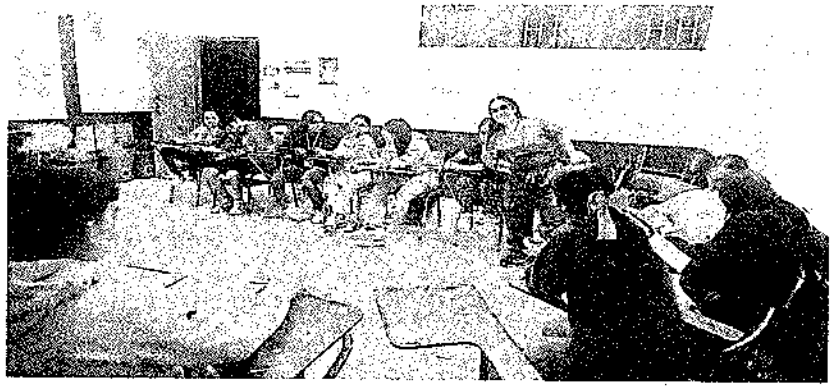
Nombre actividad: Sesión 4 Padres Grupo 2 5:00 pm
Fecha: 14/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

REGISTRO FOTOGRÁFICO FAMILIAS FUERTES SESIONES CON ADOLESCENTES

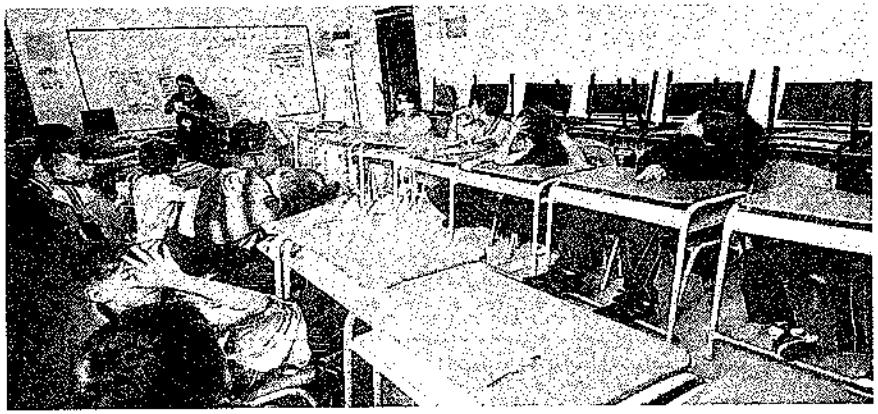


Nombre actividad: Sesión 2 Adolescentes Grupo 1 3:00 pm
Fecha: 05/11/2025
Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda

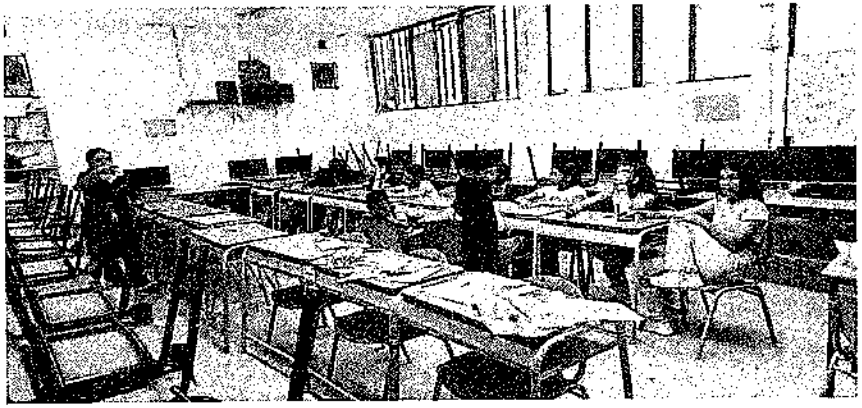


Nombre actividad: Sesión 2 Adolescentes Grupo 2 6:00 pm
Fecha: 05/11/2025

Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda



Nombre actividad: Sesión 3 Adolescentes Grupo 1 7:00 am
Fecha: 07/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda



	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

Nombre actividad: Sesión 3 Adolescentes Grupo 2 5:00 pm
Fecha: 07/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda



Nombre actividad: Sesión 3 Adolescentes Grupo 1 3:00 pm
Fecha: 12/11/2025
Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda

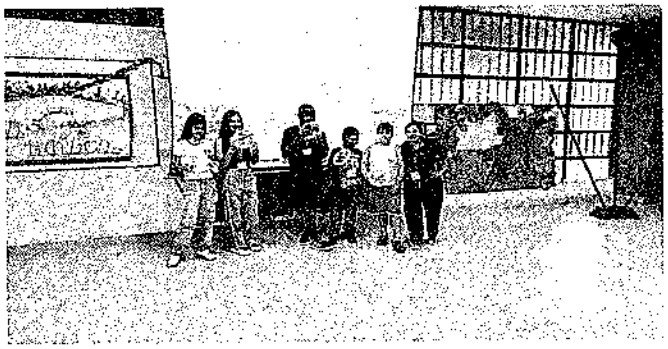


Nombre actividad: Sesión 2 Adolescentes Grupo 2 6:00 pm

Fecha: 12/11/2025
Lugar: Institución Educativa San Francisco de Asís, Arabia, Risaralda



Nombre actividad: Sesión 4 Adolescentes Grupo 1 7:00 am
Fecha: 14/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda



Nombre actividad: Sesión 4 Adolescentes Grupo 2 5:00 pm
Fecha: 14/11/2025
Lugar: institución Educativa Pedro Pablo Bello, La Virginia, Risaralda

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

REGISTRO FOTOGRÁFICO:

TRASLADOS EQUIPO FAMILIAS FUERTES Y LÍNEA AMIGA



TRASLADO DE EQUIPO DE FAMILIAS FUERTES









TRASLADO DE MATERIAL Y REFRIGERIOS PARA LOS PROGRAMAS FAMILIAS FUERTES Y SALUD MENTAL



Gobernación de Risaralda	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría Salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

SÉPTIMO INFORME DE GESTIÓN

PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA

PROGRAMA DE REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SPA

CONTRATO No: 1630

PRESENTADO POR:

FEDERICO RESTREPO ESCOBAR

REPRESENTANTE LEGAL

CONTRATISTA

SUPERVISOR

LUZ ADRIANA RIVERA GONZÁLEZ

REFERENTE PROGRAMA DE REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SPA

2025

INFORME DETALLADO

OBJETO: ***CLAUSULA PRIMERA – OBJETO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COLECTIVOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO DIRIGIDAS A LOS DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES DE LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC".***

1. Realizar procesos de caracterización por medio de trabajo intersectorial con instituciones educativas del municipio de Belén de Umbría las cuales proveerán la información de población específica, quienes hayan sido identificados con conductas significativas de atención que puedan corresponder a necesidades en salud mental. Se entregará como evidencia informe de actividad con respectivo análisis cuali-cuantitativo, el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado, registro fotográfico; con los respectivos RIPS, bajo el Código CUPS I10101. Actividad realizada por dupla Profesional en psicología y profesional en trabajo social. Cantidad: 10 familias en zona urbana y 5 familias en zona rural. Tiempo: 3 horas para cada proceso de caracterización en zona urbana y 5 horas para cada proceso en zona rural.

Actividad cumplida en el mes de mayo.

- ✓ **Las evidencias escaneadas en medio magnético en el link:** Link: acceso carpetas Salud Mental 2025.

https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1U25tQa-0jl9jjWxIO7BRIJD1EutdbvzQ

2. Realizar visitas domiciliarias o atenciones descentralizadas según lo identificado en la caracterización; donde se diseñe un Plan Integral en salud mental con actividades de información y educación en prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores de Salud Mental, dirigido a las familias de estudiantes identificados en la institución educativa a impactar del municipio de Belén de Umbría. Se realizará canalización y remisión de las personas según identificación y necesidad en Salud Mental en el marco de la Ley 1620. Se entregará como evidencia: 15 Planes Integrales en salud mental diseñados, listados de asistencia, registro fotográfico de visitas domiciliaras e intervenciones realizadas. Bajo el Código CUPS I10101. Cantidad 15 familias, total 60 visitas de seguimiento, 40 en zona urbana y 20 en zona rural, para un promedio 4 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social.

La meta inicial se cumplió al mes de septiembre

ADICIÓN: Ampliar el tiempo de ejecución del contrato Cantidad 15 familias, total 30 visitas de seguimiento, 20 en zona urbana y 10 en zona rural, para un promedio 2 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad

será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social. BELEN DE UMBRIA

Se realizaron las siguientes acciones para el cumplimiento de este alcance:
Zona urbana:
-Cantidad de familias caracterizadas: 10.
Zona rural:
-Cantidad de familias caracterizadas: 5
Metodología aplicada: Metodología: abordaje integral a través de visitas, diálogos familiares, análisis de factores de riesgo y protección, y evaluación del entorno familiar y comunitario.
-Metodología aplicada: Durante las intervenciones se desarrollaron sesiones individuales, grupales y espacios psicoeducativos. Se abordaron temas como: Habilidades emocionales, reconocimiento de las emociones, expresión de las emociones, la comprensión de las emociones propia y ajenas, la regulación emocional, crianza Respetuosa, apego seguro, los límites claros y con sentido, la comunicación asertiva y empática, la disciplina con enseñanza no con miedo. proyecto de vida, estilos de vida y estilo de vida saludables, toma de decisiones, manejo de crisis, orientación vocacional y manejo de estrés.

Los contenidos se adaptan a las necesidades de cada familia.

Desde el área de Psicología y trabajo social se observaron avances significativos, reflejados en la apropiación de los procesos de acompañamiento por parte de las familias; solo nos queda agradecer a cada una de las familias por permitirnos ser parte de este proceso a través de sus historias, la cercanía, la confianza y la disposición para la intervención.

El acompañamiento realizado a las veredas en noviembre, se observaron avances significativos en el área familiar y académica, niños(a), todos culminaron sus estudios, la gran mayoría con excelencia académica. Compartimos con las familias la alegría por estos logros, pues fortalecer la motivación hacia el estudio ha sido uno de los objetivos dentro de esta intervención.

Nuevamente los integrantes del programa siguen expresando la importancia de este tipo de proyectos, que favorecen a la comunidad, especialmente en las zonas rurales, donde muchas veces no existe la posibilidad de contar con apoyos psicológico y psicosocial en las comunidades.

Se cumplió con la intervención en las veredas lo cual ha resultado muy pertinente, ya que se evidencia la necesidad de trabajar en prevención y promoción frente a problemáticas como la deserción escolar, por la falta de acompañamiento o supervisión de los padres, violencia intrafamiliar, trabajos en el campo o domésticos, poca valoración de la educación, de igual forma como se mencionó anteriormente las veredas está siendo afectadas por el consumo de sustancias, en particular el uso del *vaper*, que afecta la población infantil desde edades muy tempranas en las instituciones educativas. Así mismo, se identificó la importancia de fortalecer aspectos como la construcción de un proyecto de vida, la orientación vocacional y el desarrollo

de la autoestima, la cual se ve afectada en algunos casos por dificultades académicas y socioeconómico.

Con el cierre de esta etapa de acompañamiento, se reconoce que, como se mencionó anteriormente, las familias han mostrado avances significativos en la apropiación y participación activa dentro de los procesos de intervención. Sin embargo, solo nos queda esperar que cada familia pueda seguir utilizando los recursos aprendidos en la intervención para continuar fortaleciendo habilidades emocionales

tales como el reconocimiento, expresión y comprensión de las emociones propias y ajenas, así como la regulación emocional. Del mismo modo, se identifica la importancia de seguir promoviendo prácticas de crianza respetuosa, comunicación asertiva y empática, y una disciplina basada en la enseñanza y no en el miedo.

En la intervención de mes de noviembre como apoyo complementario, se entregaron materiales didácticos para reforzar los aprendizajes y facilitar su aplicación en la vida cotidiana, promoviendo una crianza basada en el respeto, el afecto y la corresponsabilidad.

La intervención de las 15 familias se completó satisfactoriamente, diferenciando entre zonas urbanas y rurales. El trabajo en dupla permitió una comprensión integral de las dinámicas familiares.

Los soportes en medio físico se entregan por cada familia intervenida, desde el consentimiento informado, la caracterización y primera visita, luego el plan de intervención de cada familia y los soportes de cada visita con acta de visita y listado de asistencia, además del registro fotográfico, (se anexa las evidencian originales en este informe final organizados en dos carpetas debidamente organizadas según la ley de archivo)

Evidencias anexadas en el presente documento y que reposan en las carpetas creadas como soporte para la intervención de cada familia. (medio físico y magnético) carpeta familias Belén de umbría

Disposición de soportes en drive compartido con supervisión y coordinación de la estrategia Salud a su Casa: Balen de Umbría: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1AQjI5G6_5rVoXXTFI1kLPYMwf1V_F07i



3. Realizar procesos de caracterización por medio de trabajo intersectorial con instituciones educativas del municipio de Santa Rosa de Cabal, las cuales proveerán la información de población especifica, quienes hayan sido identificados con conductas significativas de atención que puedan corresponder a necesidades en salud mental. Se entregará como evidencia informe de actividad con respectivo análisis cuali-cuantitativo, el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado, registro fotográfico; con los respectivos RIPS, bajo el Código CUPS I10101. Actividad realizada por dupla Profesional en psicología y profesional en trabajo social. Cantidad: 10 familias en zona urbana y 5 familias en zona rural. Tiempo: 3 horas para cada proceso de caracterización en zona urbana y 5 horas para cada proceso en zona rural.

Actividad cumplida en el mes de mayo.

- ✓ **Las evidencias escaneadas en medio magnético en el link:** Link: acceso carpetas Salud Mental 2025.

https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1U25tQa-0jl9jjWxfO7BRIJD1EutdbvzQ

4. Realizar visitas domiciliarias o atenciones descentralizadas según lo identificado en la caracterización; donde se diseñe un Plan Integral en salud mental con actividades de información y educación en prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores de Salud Mental, dirigido a las familias de estudiantes identificados en la institución educativa a impactar del municipio de Santa Rosa. Se realizará canalización y remisión de las personas según identificación y necesidad en Salud Mental en el marco de la Ley 1620. Se entregará como evidencia: 15 Planes Integrales en

salud mental diseñados, listados de asistencia, registro fotográfico de visitas domiciliaras e intervenciones realizadas. Bajo el Código CUPS I10101. Cantidad 15 familias, total 60 visitas de seguimiento, 40 en zona urbana y 20 en zona rural, para un promedio 4 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social.

Las metas iniciales del contrato hasta el mes de septiembre

ADICIÓN: Ampliar el tiempo de ejecución del contrato Cantidad 15 familias, total 30 visitas de seguimiento, 20 en zona urbana y 10 en zona rural, para un promedio 2 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social. SANTA ROSA DE CABAL

En el periodo señalado, mes de noviembre se desarrollaron encuentros domiciliarios con las 15 familias previamente identificadas como prioritarias, con el fin de finalizar proceso de acompañamiento psicosocial orientado a promover entornos protectores para niños, niñas y adolescentes. Este trabajo buscó fortalecer las habilidades parentales, partiendo de un enfoque que valoró la comunicación, la gestión emocional y la construcción de normas claras en el hogar.

Las visitas permitieron un acercamiento directo a la dinámica de cada núcleo familiar, favoreciendo la identificación de factores que afectan la convivencia cotidiana. A partir de ello, se brindaron orientaciones personalizadas para fortalecer prácticas de crianza respetuosa, el ejercicio de la autoridad positiva y el reconocimiento y regulación de emociones. Para apoyar este proceso, se emplearon las siguientes estrategias: Carta al otro, la mochila invisible, mi familia en un dibujo mágico, mi playlist de la vida y manos que hablan, favoreciendo la comprensión del comportamiento de los miembros de la familia, reconociendo las fortalezas, necesidades y compromisos comunes para mejorar la convivencia.

Asimismo, se utilizaron recursos físicos como colores, hojas, cartulina y marcadores, los cuales sirvieron para realizar actividades que promuevan sensibilizar la importancia del amor como base del vínculo afectivo, la necesidad de establecer límites claros y coherentes, y la construcción de normas familiares desde el respeto y la comprensión. Estos materiales

al proceso entre los encuentros, se entregaron materiales didácticos y herramientas prácticas, diseñadas para reforzar los contenidos trabajados en las visitas. Estas actividades buscan consolidar aprendizajes y fomentar la aplicación de pautas de crianza basadas en el afecto, el respeto mutuo y la responsabilidad compartida, contribuyendo así al fortalecimiento del bienestar integral de todos los miembros del hogar.

Gobernación de Risaralda	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría Salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

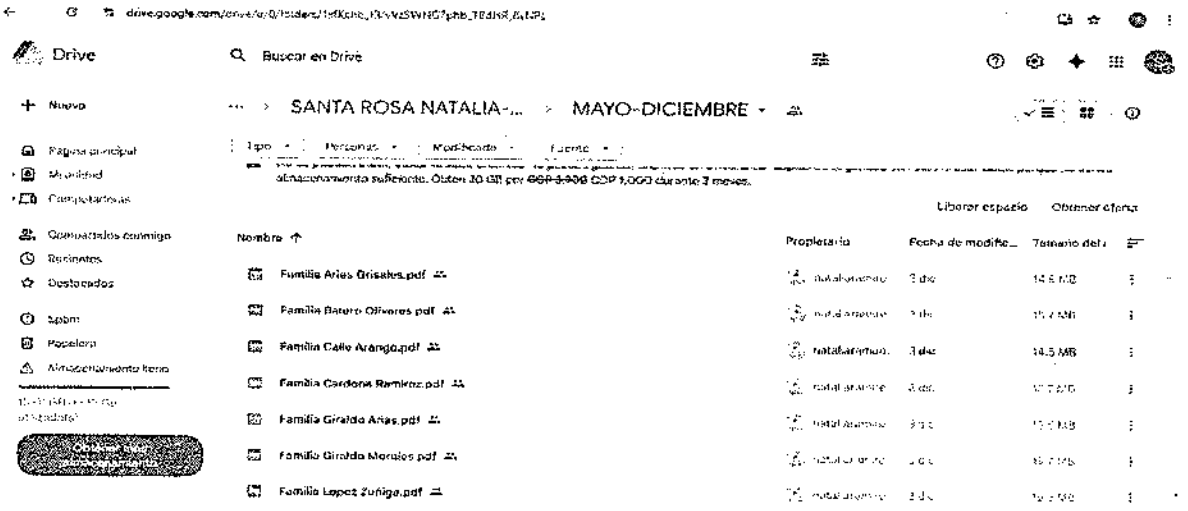
La intervención de las 15 familias se completó satisfactoriamente, diferenciando entre zonas urbanas y rurales. El trabajo en dupla permitió una comprensión integral de las dinámicas familiares.

Los soportes en medio físico se entregan por cada familia intervenida, desde el consentimiento informado, la caracterización y primera visita, luego el plan de intervención de cada familia y los soportes de cada visita con acta de visita y listado de asistencia, además del registro fotográfico, (se anexa las evidencian originales en este informe final organizados en dos carpetas debidamente organizadas según la ley de archivo)

Evidencias anexadas en el presente documento y que reposan en las carpetas creadas como soporte para la intervención de cada familia. (medio físico y magnético) carpeta familias Santa Rosa de Cabal

Disposición de soportes en drive compartido con supervisión y coordinación de la estrategia Salud a su Casa: SANTA ROSA DE CABAL

https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1xfKchb_KUvVzSWNG7phb_T8dHR_8vNPL



5. Realizar procesos de caracterización por medio de trabajo intersectorial con instituciones educativas del municipio de Marsella, las cuales proveerán la información de población específica, quienes hayan sido identificados con conductas significativas de atención que puedan corresponder a necesidades en salud mental. Se entregará como evidencia informe de actividad con respectivo análisis cuali-cuantitativo, el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado, registro fotográfico; con los respectivos RIPS, bajo el Código CUPS I10101. Actividad realizada por dupla Profesional

en psicología y profesional en trabajo social Cantidad: 10 familias en zona urbana y 5 familias en zona rural. Tiempo: 3 horas para cada proceso de caracterización en zona urbana y 5 horas para cada proceso en zona rural.

Actividad cumplida en el mes de mayo.

Las evidencias escaneadas en medio magnético en el link: Link: acceso carpetas Salud Mental 2025. https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1U25tQa-0jl9jjWxlO7BRIJD1EutdbvzQ

6. Realizar visitas domiciliarias o atenciones descentralizadas según lo identificado en la caracterización; donde se diseñe un Plan Integral en salud mental con actividades de información y educación en prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores de Salud Mental, dirigido a las familias de estudiantes identificados en la institución educativa a impactar del municipio de Marsella. Se realizará canalización y remisión de las personas según identificación y necesidad en Salud Mental según la Ley 1620. Se entregará como evidencia: 15 Planes Integrales en salud mental diseñados, listados de asistencia, registro fotográfico de visitas domiciliaras e intervenciones realizadas. Bajo el Código CUPS I10101. Cantidad 15 familias, total 60 visitas de seguimiento, 40 en zona urbana y 20 en zona rural, para un promedio 4 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en psicología y trabajador social.

Las metas iniciales se les dio cumplimiento hasta el mes de septiembre

ADICIÓN: Ampliar el tiempo de ejecución del contrato Cantidad 15 familias, total 30 visitas de seguimiento, 20 en zona urbana y 10 en zona rural, para un promedio 2 intervenciones por familia, incluido el plan de intervención, para el desarrollo de ambas actividades se cuenta con 3 horas para zona urbana y 5 horas en zona rural; la actividad será desarrollada por dupla: Profesional en

Se realizaron las siguientes acciones para el cumplimiento de este alcance:
Zona urbana:
-Cantidad de familias caracterizadas: 10.
Zona rural:
-Cantidad de familias caracterizadas: 5
Metodología aplicada: Metodología: abordaje integral a través de visitas, diálogos familiares, análisis de factores de riesgo y protección, y evaluación del entorno familiar y comunitario.

En el mes de noviembre se inició con la organización del cronograma y la planificación de las intervenciones para cada familia, además se prepararon los materiales de acuerdo con las particularidades de los procesos de cada beneficiario.

Teniendo en cuenta lo anterior se realizaron intervenciones destinadas a dar cierre a los procesos de psicosociales realizados en el periodo MAYO-NOVIEMBRE, en las que se abordaron actividades como las líneas de tiempo, lluvia de aprendizajes, botiquín de prevención, cajas de cuidado familiar, con el fin de retroalimentar y consolidar las temáticas trabajadas en cada familia, las cuales fueron: la gestión emocional, el apoyo familiar, el refuerzo de la comunicación, el autoconcepto, la resolución de conflictos, la expresión emocional, la organización y diferentes prácticas/metodologías de estudio para la presentación de talleres y evaluaciones escolares, el fortalecimiento de vínculos, las pautas de crianza, los límites y las normas, la prevención del consumo de SPA, el proyecto de vida, la comunicación asertiva, el autocuidado.

Finalmente, se entregaron herramientas y materiales didácticos para que las familias continúen implementándolas en su cotidianidad, aún finalizado el proceso, buscando contribuir a la consolidación y el refuerzo de los aprendizajes adquiridos.

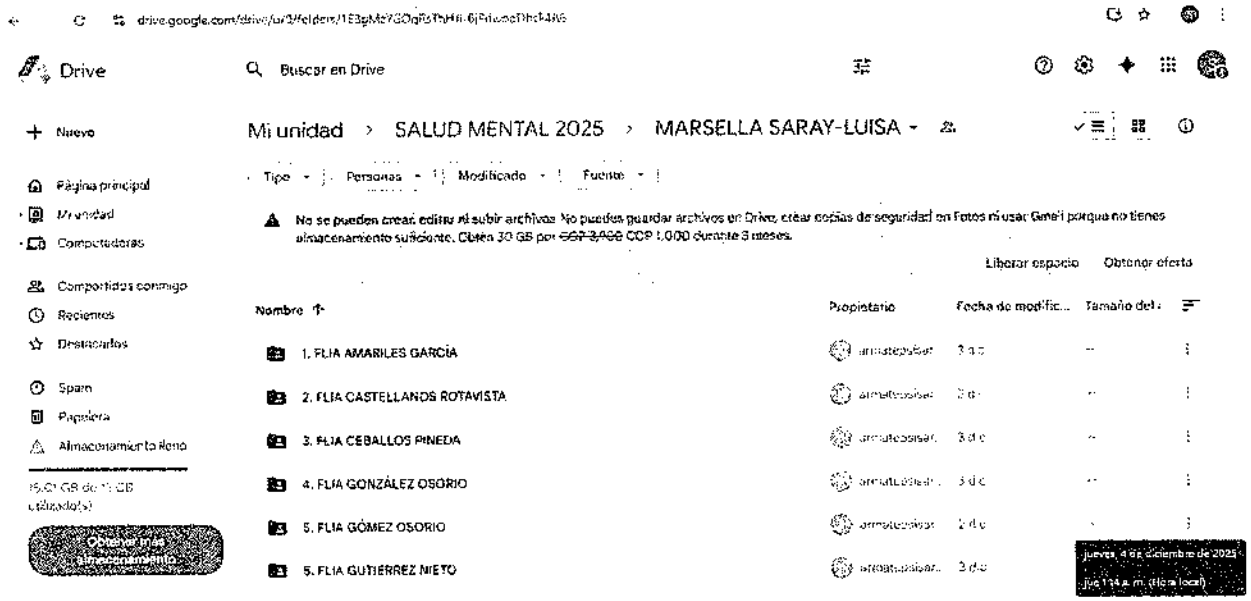
La intervención de las 15 familias se completó satisfactoriamente, diferenciando entre zonas urbanas y rurales. El trabajo en dupla permitió una comprensión integral de las dinámicas familiares.

Los soportes en medio físico se entregan por cada familia intervenida, desde el consentimiento informado, la caracterización y primera visita, luego el plan de intervención de cada familia y los soportes de cada visita con acta de visita y listado de asistencia, además del registro fotográfico, (se anexa las evidencian originales en este informe final organizados en dos carpetas debidamente organizadas según la ley de archivo)

Evidencias anexadas en el presente documento y que reposan en las carpetas creadas como soporte para la intervención de cada familia. (medio físico y magnético) carpeta familias Marsella

Disposición de soportes en drive compartido con supervisión y coordinación de la estrategia Salud a su Casa: SANTA ROSA DE CABAL

https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1E3gMzYGOqRsThHJI-6jPriwooDhsF4A6



7. Realizar atención profesional en la línea amiga en turnos, con disponibilidad las 24 horas del día los 7 días de la semana, durante 8 meses de duración del contrato, acorde a la necesidad de la comunidad durante la duración del contrato, de manera confidencial a través de acompañamiento psicoemocional, información, atención en crisis, fortalecimiento de habilidades y estrategias de afrontamiento y la activación de ruta de atención a los usuarios que así lo requieran. Deberá registrar en la plataforma y los formatos de registro de atención existentes, la información requerida para la atención de la línea y realizar la consolidación de las atenciones y caracterización de los usuarios que utilizan el servicio. del Departamento de Risaralda, identificando los factores clínicos y sociodemográficos presentes en los casos de los problemas mentales atendidos. Deberá realizar notificaciones a las entidades correspondientes de los casos de obligatorio reporte, según la identificación que se efectué durante el proceso de atención a través de la línea, activando así, de manera oportuna la ruta de atención con copa al correo saludmentalyconvivencia@risaralda.gov.co. Incluye los costos de operación del Call Center durante las 24 horas del día, los 8 meses de actividad, acorde a las condiciones estipuladas en el estudio previo. Así mismo deberá llevar a cabo una estrategia comunicativa en acciones de prevención del suicidio y difusión de la línea amiga en los municipios del Departamento.

- ✓ La línea amiga realizó la atención 24 horas durante el mes de Noviembre tuvo disponible, profesionales en psicología clínica entrenados para la atención de usuarios en crisis.

- ✓ Se activa ruta con Secretaria Departamental de Salud de Bogotá para la atención de tres usuarios con ideación suicida cuyas llamadas ingresaron a la línea 106 Risaralda.

- ✓ Se remitió un caso a la Secretaría Departamental de Salud del Valle la atención de ideación suicida debido a que la llamada ingresó a la línea 106 Risaralda.

- ✓ Se recepcionan varios casos por parte de la referente del programa de Salud Mental y Convivencia del Departamento a quien le refieren casos desde la línea de Bogotá, con poca información ofrecida por el usuario, en los cuales se realizan varios intentos de llamada sin respuesta, situación de la cual también se retroalimenta a la referente.

- ✓ Adicionalmente, se genera una queja por negligencia en la atención de una usuaria afiliada a la EPS Sanitas en la clínica Comfamiliar, se reporta a la referente del programa de salud mental y convivencia.

- ✓ En la estrategia de comunicación se han realizado talleres de prevención del suicidio, manejo d las emociones y difusión del uso de la línea amiga de Risaralda en las siguientes instituciones y ligares, beneficiando a la comunidad en general, para este mes resaltan las atenciones en el municipio de Belén de Umbría, Quinchía y Santa rosa de Cabal, realizando las siguientes actividades.

NOVIEMBRE	
ACTIVIDAD	**LUGAR**
Difusión de la línea amiga.	Fundación Universitaria del Área Andina.
Programa de Salud y disfusión línea amiga	Belén de Umbria
Programa de Salud y disfusión línea amiga	Belén de Umbria
Programa de Salud y disfusión línea amiga	UTP Adminsitración de empresas facultad de huimanidades grupo 1
Programa de Salud y disfusión línea amiga	UTP Adminsitración de empresas facultad de huimanidades grupo 2
Programa de Salud y disfusión línea amiga	UTP Adminsitración de empresas facultad de huimanidades grupo 3
Programa de Salud y disfusión línea amiga	UTP Adminsitración de empresas facultad de huimanidades grupo 4
Autocuidado y difusión de la línea amiga, familias fuertes	Corregimiento de Arabia IE San Francisco de Asís grupo 1
Autocuidado y difusión de la línea amiga, familias fuertes	Corregimiento de Arabia IE San Francisco de Asís grupo 2
Taller de escucha activa y difusión de línea amiga	Fundación Universitaria del Área Andina. Grupo de líderes
Autocuidado y difusión de la línea amiga	Núcleo Educativo Rural Quinchía grados 5°
Autocuidado y difusión de la línea amiga	Núcleo Educativo Rural Quinchía grados 6°
Autocuidado y difusión de la línea amiga	Núcleo Educativo Rural Quinchía grados 7°
Autocuidado y difusión de la línea amiga	Núcleo Educativo Rural Quinchía grados 8°
Autocuidado y difusión de la línea amiga	Núcleo Educativo Rural Quinchía grados 9,10,11°
Taller sobre violencia difusión de la línea amiga	Virtual
Autocuidado y difusión de la línea amiga	Santa Rosa de Cabal Centro educativo Bachillerato en Bienestar Rural 6° a 11°
Autocuidado y difusión de la línea amiga	Santa Rosa de Cabal Escuela Juan XXIII Antonia Santos Grupos de 4°
Autocuidado y difusión de la línea amiga	Santa Rosa de Cabal Escuela Juan XXIII Antonia Santos Grupos de 5°
Autocuidado y difusión de la línea amiga	Villa Santana Caseta comunal barrio San Vicente

Se realizaron 20 actividades en total cumpliendo la meta establecida.





✓ Se presenta el consolidado de llamadas efectivas durante la vigencia del contrato interno 1630.

MES	RECIBIDAS	EFECTIVAS
MAYO	1526	946
JUNIO	1340	871
JULIO	1213	793
AGOSTO	1501	900
SEPTIEMBRE	1516	933
OCTUBRE	1412	860
NOVIEMBRE	1243	780
TOTAL	**9751**	**6083**
PORCENTAJE	**100%**	**62%**

✓ Se presenta el consolidado de remisiones realizados durante la vigencia del contrato. Todas estas remisiones se reportan con copia a saludmentalyconvivencia@risaralda.gov.co desde el inicio del contrato hasta la fecha se han realizado un total de 40casos, para el mes de noviembre fueron 6 casos (un caso a La victoria del Valle del Cauca) y activaciones de ruta a Secretaría de Bogotá discriminadas así:

CONSOLIDADO REMISIONES Y ACTIVACIONES DE RUTA 2024-2025								
ENTIDAD	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	TOTAL
COMISARÍAS FLIA	1	5	3	1	0	0	0	10
ICBF	1	0	2	2	1	0	0	6
FISCALIA	0	0	0	1	0	0	0	1
POLICIA	0	0	0	0	0	0	0	0
SDS	2	3	3	2	2	2	5	19
HOSPITALES LOCALES	0	1	0	0	1	1	1	4
TOTAL GENERAL								40

✓ Se presenta la clasificación por grupos de edad para el uso de la línea amiga, mensual y consolidado del contrato.

CONSOLIDADO DE LLAMADAS EFECTIVAS POR MES Y GRUPO DE EDAD								
GRUPOS DE EDAD	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	TOTAL
0- 10 AÑOS	20	21	5	5	8	11	6	76
11- 20 AÑOS	32	71	54	68	68	53	81	427
21-49 AÑOS	258	176	187	231	225	181	250	1508
50 Y MÁS	70	62	59	95	75	53	44	458
SIN DATO	1146	1010	908	1102	1140	1114	862	7282
TOTAL GENERAL	**1526**	**1340**	**1213**	**1501**	**1516**	**1412**	**1243**	**9751**

✓ En el multichat se atendieron 17 usuarios.

MOTIVO DE CONSULTA	SEMANA DEL 1 AL 9	SEMANA DEL 10 AL 16	SEMANA DEL 17 AL 23	SEMANA DEL 24 AL 30	TOTAL POR MES
72 HORAS	0	0	0	0	0
72 HORAS	0	0	0	0	0
ESCOLAR	0	0	0	0	0
BULLYNG O MATONEO	0	0	0	0	0
CALL BACK	63	70	70	70	273
CONFLICTOS DE PAREJA	1	8	1	6	16
CONSUMO DE SPA	1	6	1	2	10
CONTESTADOR	38	27	32	32	129
DESEMPLEO	0	0	0	0	0
DUELO	4	3	2	2	11
NEURODEGENERATIVAS	0	0	0	0	0
ESQUIZOFRENIA	0	1	1	0	2
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	0	0	0	0	0
EPISODIOS DE ANSIEDAD	3	2	2	4	11
EPISODIOS DE DEPRESION	0	4	3	3	10
FOBIA SOCIAL	0	0	0	0	0
EMBARAZO NO DESEADO	0	0	0	0	0
IDEACIÓN SUICIDA	9	9	13	9	40
IDENTIDAD DE GÉNERO	0	0	0	0	0
INTENTO SUICIDA	5	2	6	1	14
LLAMADA DE PRUEBA	12	8	10	9	39
LLAMADA EQUIVOCADA	23	14	13	20	70
LLAMADA MANUAL	22	19	15	2	58
LLAMADA MUDA	55	46	38	50	189
ORIENTACIÓN	11	6	4	1	22
CONSULTA	16	7	4	8	35
PARAFILIAS	0	0	0	1	1
PAUTAS HABILIDADES PARA LA VIDA	6	4	1	1	12
POR JUEGO	2	5	16	3	26
POR SOLEDAD	7	3	3	2	15
ECONOMICOS	1	0	0	0	1
PSICOSOCIALES	0	0	0	0	0
RELACIONADOS CON LA	0	0	0	0	0
RELACIONADOS CON	0	1	2	0	3
PROMOCIÓN DE LA LINEA	1	6	5	4	16
REFERENCIACIÓN	4	3	6	6	19
RELACIONES FAMILIARES	3	2	2	1	8
REPRODUCTIVA	1	1	0	0	2
SEGUIMIENTO A FAMILIA	1	3	4	2	10
SEGUIMIENTO A USUARIO	35	40	56	51	183
SUICIDIO CONSUMADO	0	0	0	0	0
BIPOLAR	1	0	0	0	1
ADAPTACIÓN	1	0	1	0	2
TRASTORNO DE ANSIEDAD	3	0	0	0	3
CONDUCTA	2	0	0	0	2
TRASTORNO DE PÁNICO	0	0	0	0	0
TRASTORNO DEL SUEÑO	0	0	0	0	0
TRASTORNO DELIRANTE	0	0	0	0	0
TRASTORNO DEPRESIVO	0	2	0	0	2
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	2	0	0	1	3
COMPULSIVO	0	0	0	0	0
CONDUCTA ALIMENTARIA	0	0	0	0	0
PERSONALIDAD	0	1	0	0	1
NEURODESARROLLO	0	0	0	0	0
VIOLENCIA FÍSICA	0	0	0	0	0
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	0	1	0	0	1
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	1	0	1	1	3
DISCAPACIDAD COGNITIVA	0	0	0	0	0
TOTAL DE LLAMADAS	336	304	312	292	1243

Gobernación de Risaralda	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **Secretaría Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS** **PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

NOVIEMBRE



8. Acciones de educación en salud a través del programa Familias Fuertes, que es una intervención primaria de capacitación en habilidades de crianza y relación familiar para prevenir conductas de riesgo en jóvenes entre 10 y 14 años de edad, en reconocimiento al rol de la familia en la salud de los adolescentes y la importancia de incluirla en estos esfuerzos programáticos. Con este equipo realizar acompañamiento a la gestión intersectorial y sectorial para la construcción e implementación del Plan Departamental de Drogas, incluye gestión de las mesas intersectoriales, Comité Departamental de Drogas, actores involucrados según la Política Nacional de Drogas. Realizar coordinación, gestión y seguimiento a la implementación del programa basado en evidencia científica, denominado Familias Fuertes, Amor y Límites, incluye la coordinación de equipo humano facilitadores implementadores del programa y la gestión logística para la implementación del mismo, priorizando 4 municipios del departamento (La Celia, Marsella, Santuario, Santa Rosa), con 8 grupos y un total de 120 familias formadas en el programa. Actividad realizada durante 4 meses. Bajo el Código CUPS I10104.

Las metas iniciales se cumplieron hasta el día 4 de septiembre
Se realizo relación de los anexos en los informes anteriores, se encuentran en la carpeta en medio físico a cargo de la supervisión y se disponen en medio magnético en carpeta familias fuertes: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1-VXi_Y1dRX9JZkpMTZghEfD9WMaTXpPU

ADICIÓN: Implementación programa Familias Fuertes, Amor y Límites: Priorizando 2 municipios del departamento (La virginia y Pereira en el corregimiento de Arabia), con 4 grupo y un total de 60 familias formadas en el programa.

ACTIVIDAD 1: El día 05/11//2025, se realiza Sesión #2 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 3:00 pm a 5:30 pm.

ACTIVIDAD 2: El día 05/11/2025, se realiza Sesión #2 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm.

ACTIVIDAD 3: El día 7/11/2025, se realiza Sesión #3 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello de 7 am a 9:30 am.

ACTIVIDAD 4: El día 07/11/2025, se realiza Sesión #3 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello 5 pm a 7:30 pm.

ACTIVIDAD 5: El día 1211//2025, se realiza Sesión #3 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 3:00 pm a 5:30 pm.

ACTIVIDAD 6: El día 12/11/2025, se realiza Sesión #3 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm.

ACTIVIDAD 7: El día 14/11/2025, se realiza Sesión #4 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello de 7 am a 9:30 am.

ACTIVIDAD 8: El día 14/11/2025, se realiza Sesión #4 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello 5 pm a 7:30 pm.

ACTIVIDAD 9: El día 19/11/2025, se realiza Sesión #4 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm.

ACTIVIDAD 10: El día 19/11/2025, se realiza Sesión #4 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm

ACTIVIDAD 11: El día 21/11/2025, se realiza Sesión #5 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello de 7 am a 9:30 am.

ACTIVIDAD 12: El día 21/11/2025, se realiza Sesión #5 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello 5 pm a 7:30 pm.

ACTIVIDAD 13: El día 26/11/2025, se realiza Sesión #5 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm.

ACTIVIDAD 14: El día 26/11/2025, se realiza Sesión #5 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio Pereira, corregimiento de Arabia en la I.E San Francisco de Asís de 6:00 pm a 8:30 pm.

ACTIVIDAD 15: El día 28/11/2025, se realiza Sesión #6 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello de 7 am a 9:30 am.

ACTIVIDAD 16: El día 28/11/2025, se realiza Sesión #6 de Padres, Adolescentes y Familias de Familias Fuertes, en el municipio de La Virginia en la I.E Pedro Pablo Bello 5 pm a 7:30 pm.

Se realiza seguimiento a las familias a través del monitoreo de su participación en las sesiones y la verificación de los listados de asistencia, lo cual permite identificar los aprendizajes adquiridos y la aplicación práctica de las herramientas brindadas por el programa. Adicionalmente, se elabora un informe semanal que documenta de manera sistemática el desarrollo de las sesiones llevadas a cabo hasta la fecha en los municipios de Pereira-corregimiento de Arabia y La Virginia.

Se ha mantenido un contacto directo y permanente con la coordinadora del programa, lo cual ha permitido una comunicación efectiva para el desarrollo de acciones conjuntas orientadas a fortalecer el proceso de formación con las familias. En este marco, se ha realizado retroalimentación constante respecto a los insumos y materiales necesarios para la realización de las sesiones en los municipios de Pereira-corregimiento de Arabia y La Virginia.

Se ha realizado la recolección de evidencias conforme a los lineamientos establecidos por el programa y a las orientaciones brindadas por la coordinación, incluyendo registros fotográficos, listados de asistencia, formatos de seguimiento y demás insumos requeridos.

Las evidencias originales se anexarán en el informe final de corte mes de diciembre, sin embargo, se relacionan las evidencias en medio magnético en carpeta compartida con la supervisión, por grupo intervenido con registro fotográfico de las sesiones desarrolladas

La evidencia se relaciona así: Registro fotográfico, formatos de asistencia, desde la sesión 2 hasta la sesión 6 , el informe final de correlación de variables del programa luego de subir la información a la plataforma del Ministerio de Salud se entregara en el último informe luego de la graduación de las familias programada para el día 10 de diciembre, teniendo los resultados estadísticos de los pre y los post test

FEDERICO RESTREPO ESCOBAR
Representante Legal
E. S. E. HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

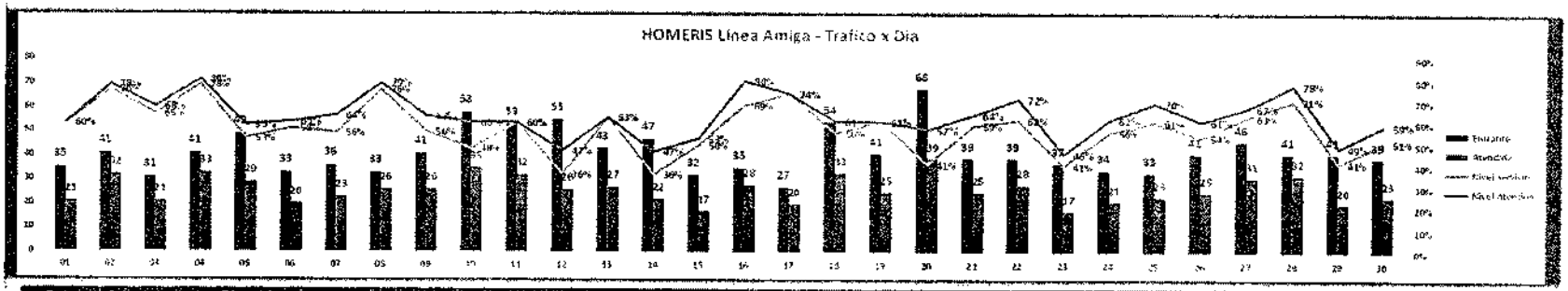
Sandra Paola Gil O.

Proyectó: Sandra Paola Gil Ossa
Coordinadora Plan de Intervenciones Colectivas

HOMERIS
E.S.E Hospital Mental
Línea Amiga

- General
- Intervalos
- Motivos
- Agentes
- Sábana

Línea	Entrante	Atendida	Umbral	Abandono	Nivel Servicio	Nivel Atención	Nivel Abandono	TMO
Línea amiga	1.243	780	702	463	56,48%	62,75%	37,25%	734
Total general	1.243	780	702	463	56,48%	62,75%	37,25%	734



Fecha	Entrante	Atendida_Real	Atendida_Recu	Umbral	Abandono_Real	Abandono_Recu	Nivel Servicio	Nivel Atención_Real	Nivel Atención_Recu	Nivel Abandono_Real	Nivel Abandono_Recu	TMO_In	Fuera de horario	Saliente	Contacto
1/11/2025	35	21	35	21	14	0	60,00%	60,00%	100,00%	40,00%	0,00%	660	0	29	29
2/11/2025	41	32	41	32	9	0	78,05%	78,05%	100,00%	21,95%	0,00%	689	0	19	19
3/11/2025	41	31	31	20	10	0	64,52%	67,74%	100,00%	32,26%	0,00%	1.086	0	6	6
4/11/2025	41	33	40	32	8	1	78,05%	80,49%	97,56%	19,51%	2,44%	848	0	19	19
5/11/2025	49	29	48	26	20	1	53,06%	59,18%	97,96%	40,82%	2,04%	1.332	0	16	16
6/11/2025	33	20	32	19	13	1	57,58%	60,61%	96,97%	39,39%	3,03%	260	0	9	9
7/11/2025	36	23	35	20	13	1	55,56%	63,89%	97,22%	36,11%	2,78%	604	0	17	17
8/11/2025	33	26	31	25	7	2	75,76%	78,79%	93,94%	21,21%	6,06%	696	0	8	8
9/11/2025	41	26	37	23	15	4	56,10%	63,41%	90,24%	36,59%	9,76%	994	0	11	11
10/11/2025	58	35	56	28	28	2	48,28%	60,34%	96,55%	39,66%	3,45%	746	0	50	50
11/11/2025	53	32	53	32	21	0	60,38%	60,38%	100,00%	39,62%	0,00%	657	0	23	23
12/11/2025	55	26	54	20	29	1	36,36%	47,27%	98,18%	52,73%	1,82%	660	0	27	27
13/11/2025	43	27	40	27	16	3	62,79%	62,79%	93,02%	37,21%	6,98%	640	0	11	11
14/11/2025	47	22	44	17	25	3	36,17%	46,81%	93,62%	53,19%	6,38%	1.275	0	17	17
15/11/2025	32	17	32	16	15	0	50,00%	53,13%	100,00%	46,88%	0,00%	1.181	0	14	14
16/11/2025	35	28	35	21	7	0	68,57%	80,00%	100,00%	20,00%	0,00%	258	0	13	13
17/11/2025	27	20	26	20	7	1	74,07%	74,07%	96,30%	25,93%	3,70%	397	0	26	26
18/11/2025	54	33	52	30	21	2	55,56%	61,11%	96,30%	38,89%	3,70%	228	0	30	30
19/11/2025	41	25	40	25	16	1	60,98%	60,98%	97,56%	39,02%	2,44%	996	0	15	15
20/11/2025	68	39	63	38	29	5	41,18%	57,35%	92,65%	42,65%	7,35%	855	0	26	26
21/11/2025	39	25	36	23	14	3	58,97%	64,10%	92,31%	35,90%	7,69%	628	0	15	15
22/11/2025	39	28	39	24	11	0	61,54%	71,79%	100,00%	28,21%	0,00%	151	0	16	16
23/11/2025	37	17	37	15	20	0	40,54%	45,95%	100,00%	54,05%	0,00%	968	0	16	16
24/11/2025	34	21	34	19	13	0	55,88%	61,76%	100,00%	38,24%	0,00%	555	0	32	32
25/11/2025	33	23	33	20	10	0	60,61%	69,70%	100,00%	30,30%	0,00%	675	0	9	9
26/11/2025	41	25	40	22	16	1	53,66%	60,98%	97,56%	39,02%	2,44%	618	0	16	16
27/11/2025	46	31	44	29	15	2	63,04%	67,39%	95,65%	32,61%	4,35%	880	0	14	14
28/11/2025	41	32	41	29	9	0	70,73%	78,05%	100,00%	21,95%	0,00%	679	0	23	23
29/11/2025	41	20	39	17	21	2	41,46%	48,78%	95,12%	51,22%	4,88%	1.223	0	13	13
30/11/2025	39	23	35	20	15	4	51,28%	58,97%	89,74%	41,03%	10,26%	929	0	24	24
Total general	1.243	780	1.203	702	463	40	56,48%	62,75%	95,78%	37,25%	3,22%	734	0	562	562

Fecha	Entrante	Atendida	Nivel Servicio	Nivel Atención
01	35	21	60%	60%
02	41	32	76%	78%
03	31	21	65%	68%
04	41	33	78%	80%
05	49	29	53%	59%
06	33	20	58%	61%
07	36	23	56%	64%
08	33	26	76%	79%
09	41	26	56%	63%
10	58	35	48%	60%
11	53	32	60%	60%
12	55	26	36%	47%
13	43	27	63%	63%
14	47	22	36%	47%
15	32	17	50%	53%
16	35	28	69%	80%
17	27	20	74%	74%
18	54	33	56%	61%
19	41	25	61%	61%
20	68	39	41%	57%
21	39	25	59%	64%
22	39	28	62%	72%
23	37	17	41%	46%
24	34	21	56%	62%
25	33	23	61%	70%
26	41	25	54%	61%
27	46	31	63%	67%
28	41	32	71%	78%
29	41	20	41%	49%
30	39	23	51%	59%

3466

Planned US Data Center Maintenance on 22nd November 2025 and 06th December 2025, between 04.30PM

Correo contiene linea amiga desde lineaamigarisaralda@homer ×

Recordatorio Agregar tarea Enlace permanente Posponer

IDEACIÓN SUICIDA DE LA USUARIA MONICA ANDREA ALVAREZ HENAO

Linea Amiga Risaralda <lineaamigarisaralda@homeris.gov.co>

mié, 26 nov 2025 11:17:17 a. m. -0500 • BANDEJA DE ENTRADA

Para "linea106" <linea106@valledelcauca.gov.co>

Cc "planeacion" <planeacion@homeris.gov.co>, "convivenciasocialysaludmental" <convivenciasocialysaludmental@valledelcauca.gov.co>, "saludmentalyconvivencia" <saludmentalyconvivencia@risaralda.gov.co>

Etiquet...

Seguri... Más información

Buenos días.

La Línea Amiga de Risaralda, línea de ayuda, intervención psicosocial y soporte en crisis, no presencial, pone a su conocimiento del siguiente caso identificado durante la atención a través del canal de contacto telefónico, con el fin de realizar su valoración e intervención:
Se comunica la usuaria MONICA ANDREA ALVAREZ HENAO desde la Victoria - Valle siendo las 10:11 am del 26 de noviembre, refiriendo ""ME QUIERO MORIR, NO QUIERO NADA MAS, NO QUIERO VIVIR ASÍ, TENGO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, NO DUERMO, ME SIENTO MAL, LLEVO MESES EN ESTAS, SOLO ESTOY TOMANDO QUETIAPINA Y NO ME TOMO LA ESCITALOPRAN PORQUE ME CAE MAL, NO HE VUELTO A PSIQUIATRIA NI A PSICOLOGIA YA QUE ME ACCIDENTE CON MI ESPOSO EN AGOSTO Y PERDI LA CITA POR ESTAR ENFERMA Y DESDE ESO NO VOY AL MEDICO, TRATO DE PEDIR CITA Y ES MUY DIFICIL" desde la Linea amiga de Risaralda se hace escucha activa y contención emocional. Se direcciona a urgencias del HOSPITAL DE LA VICTORIA VALLE tanto a ella como a su pareja señor YIMMY HERNANDEZ, con quien se habla para que le haga acompañamiento al hospital y sea así valorada en salud mental, en el año 2023 fue atendida en el hospital HOMERIS con un diagnostico de trastorno mixto de ansiedad y depresión. Se informa de la atención de la linea amiga de Risaralda 24/7.

Datos de la usuaria
Nombre: Mónica Ándrea Alvarez Henao
Tel:3148208337 celular del esposo, donde hicieron la llamada
Años: 41 años
Dirección: calle 8 No 3 - 40

Nota: Se informa a la linea amiga del Valle para su respectivo acompañamiento y seguimiento

Considerando la prioridad y las características significativas del caso, enviamos la presente

@mencione a un usuario o grupo para compartir este correo electrónico

3464

Planned US Data Center Maintenance on 22nd November 2025 and 06th December 2025, between 04.30PM

Correo contiene linea amiga desde lineaamigarisaralda@homer ×

Recordatorio Agregar tarea Enlace permanente Posponer

Negligencia frente a atención y activación ruta por ideación suicidad de la Clinica Comfamiliar Risaralda.

Linea Amiga Risaralda <lineaamigarisaralda@homeris.gov.co>

lun, 24 nov 2025 3:33:18 p. m. -0500 • BANDEJA DE ENTRADA

Para "planeacion" <planeacion@homeris.gov.co>, "saludmentalyconvivencia" <saludmentalyconvivencia@risaralda.gov.co>, "contactenos" <contactenos@risaralda.gov.co>

Etiquet...

Seguri... TLS Más información

Pereira, noviembre 24 2025

Señores

Secretaria de salud departamental
La ciudad

Asunto: Negligencia frente a atención y activación ruta por ideación suicidad de la Clinica Comfamiliar Risaralda.

Desde la línea amiga de Risaralda se recibe llamada de usuaria **ANLLY NATALIA REYES PAEZ** con cc **1093778606** siendo las 8:22 am, tel 3161936503, perteneciente a la EAPB SANITAS, vive actualmente en la Isla – Cuba mz E cs 87; quien se encontraba muy abrumada en plena vía circunvalar, informando que tenia un ataque de ansiedad y que acaba de salir de urgencias donde no le habían atendido y la habían mandado a pedir cita por consulta externa, indagando con ella en su discurso informa de los pensamientos suicidas constantes desde hace tres meses, quien refiere "llevo tres días sin dormir, casi no me alimento y solo quiero morirme, sentir esto es horrible, mi autoestima esta por el suelo, me siento muy mal, me vengo cortando, pienso que todos estarían mejor sin mí", la usuaria según su discurso no tiene red de apoyo, desde hace 7 meses se encuentra en la ciudad por trabajo (panadería), es oriunda de la ciudad de Cúcuta, con problemas en su relación de pareja actual por infidelidades, sus tres hijos hace dos años el papá de ellos se los quito porque ella no tenía como mantenerlos y tiene poco contacto con ellos, aduce no ser merecedora de cariño de parte de nadie y sentirse mal consigo misma. Al escucharle se pide se devuelva a urgencias para ser atendida por las ideas de muerte, ya que en el triage no se mencionó y debía ser valorada integralmente en salud mental de manera urgente. No ha sido valorada nunca por salud mental.
Se acompaña vía telefónica hasta la clínica comfamiliar nuevamente y no la pasan a triage quienes hacen las admisiones para ser atendida por el médico, aduciendo ya había pasado y

@mencione a un usuario o grupo para compartir este correo electrónico

3470

Av. 30 de agosto Cra. 13 # 87 76 Tel. 6063515145

Fecha Actual : viernes, 28 noviembre

HOMERIS
E.S.E Hospital Mental

CITA MÉDICA

Consecutivo: 298106

Especialidad PSIQUIATRIA
Medico LONDOÑO GIRALDO MAGDA LUZ

miércoles, 3 de diciembre de 2025 8:20 a. m.
CONSULTORIO 11 CONSULTA EXTERNA
Primera Vez Psiquiatria 40 Minutos 75

Observaciones CALL CENTER - SASE DE DATOS OK
REFERIDO DE LA LINEA AMIGA

Paciente MARTHA LUCIA MARTINEZ MEJIA **Sexo** Femenino
Documento 42027480 **Entidad** ASMET SALUD SAS **Edad** 53 Años / 8 Meses / 18 Días
Telefono 3205442267 **Fec. Asigación** 28/11/2025 08:11 **Asignó** ERIKA DELGADO RAMIREZ

- Recuerde presentarse 30 minutos antes de la cita con la autorización vigente. Si a la hora de la cita no ha facturado la atención, la cita se perderá.
- Para solicitud de cita por call Center o llamada telefónica al 6063515145 de 7:00 AM a 5:00 PM. Cancelacion de cita solo p WhatsApp 3136861313.
- Usted tiene derecho a 1): Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servidc especializados en salud mental. Usted tiene en deber de: 1): 1. Asistir puntualmente a las citas programadas presentando documentos requeridos, y en caso de no poder asistir cancelar con 24 horas de antidpadón.

3471

Av. 30 de agosto Cra. 13 # 87 76 Tel: 6063515145

Fecha Actual : viernes, 28 noviembre 2(

HOMERIS

CITA MÉDICA

Consecutivo: 298107

Especialidad PSICOLOGIA
Medico SANCHEZ TAMAYO MARCELA
AS029 - CONSULTA EXTERNA
Observaciones CALL CENTER - BASE DE DATOS OK REFERIDO DE LA LINEA AMIGA

viernes, 5 de diciembre de 2025 8:20 a. m.
CONSULTORIO 15 OPCIONAL
Primera Vez por Psicologia 40 Minutos 75

Paciente MARTHA LUCIA MARTINEZ MEJIA **Sexo** Femenino
Documento 42027480 **Entidad** ASMET SALUD SAS **Edad** 53 Años / 8 Meses / 16 Días
Telefono 3205442267 **Fec. Asigación** 28-11-2025 08:11 **Asignó** ERIKA DELGADO RAMIREZ

- Recuerde presentarse 30 minutos antes de la cita con la autorización vigente. Si a la hora de la cita no ha facturado la atención, la cita se perderá.
- Para solicitud de cita por call Center o llamada telefónica al 6063515145 de 7:00 AM a 5:00 PM. Cancelacion de dita solo por WhatsApp 3136861313.
- Usted tiene derecho a 1): Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental. Usted tiene en deber de: 1): 1. Asistir puntualmente a las citas programadas presentando los documentos requeridos, y en caso de no poder asistir cancelar con 24 horas de antidpación.

Inmediata

TALES

Arterial 90/50 **Frecuencia Cardiaca** 50 **Frecuencia Respiratoria** 50 **Temperatura** 50

50 **Estado de Conciencia** Alerta **Peso (kg)** 0,0000 Aliento a /

onsulta SE COMUNICA USUARIA A LA LÍNEA AMIGA DE RIOSARALDA EL DIA 3 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 08:57 AM Y REFIERE LO SIGUIEN ESPOSO EL DIA DE AYER INTENTO AHORCARME Y EL DÍA DE HOY TAMBIEN, SIEMPRE ME AMENAZA CON QUITARME MI HIJA Y MATA NO LE OBEDEZCO.

aciones

Positivos al Examen

NTES

s	Enfermedad Coronaria	ACV	Enfermedad Pulmonar	Convulsiones	Hipertenso
ntación reciente	Infarto Reciente	Anticoagulado	Parto Reciente		Otros Antecedentes

cedentes

Cirugias

Alergias

camentos

a **Método** Natural **Fecha Ultima Regla**

URGENCIAS **Tipo de Llegada** No_se_estableció

a Extremidades	Remision	Collar Cervical	Tabla Espinal	Previo Enfermedades	Origen
ONG	S. Vesical	Tubo de Foley	Inmovilizacion Craneal	Arrivo	Sexo
a Enfermedad HUS	Enfermedad				

N DIAGNOSTICA

óstico 1	R456	VIOLENCIA FISICA
óstico 2	Y070	OTROS MALTRATOS POR ESPOSO O PAREJA
óstico 3		

vaciones

ndaciones SE EVIDENCIA UNA PRESUNTA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN CU H YOAR, MALTRATO FISICO Y PSICOLOGICO POR PARTE DE PAREJA, SE LE EXPLICA PWI AMALI AI CUAL LOS CANALES DE ATENCION PARA DENUNCIAR Y ACTIVAR RUTA DE ATENCION I VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PRESENCIAL SE LE DA LA OPCION DE DENUNCIAR POR EL MISMO A QUE EL CUMPLA CON HACERLE DAÑO O MI UNA DENUNCIA PERO SE QUE LO HARA EN EL MOMENTO EN QUE SE PUSTA DE ACUERDO A CON SU HIJA SE LE INFORMA Q DESDE LA LÍNEA AMIGA PODEMOS REMITIR EL CASO A COMISARIA DE FAMILIA DE ARCA, PERO ELLA DICE QUE AUN NO LO HA LE INFORMA QUE PUEDE PEDIR ACOMPAÑAMIENTO EN COMISARIA DE SU LOCALIDAD, DE IGUAL ACOMPAÑAMIENTO POR 2 HORAS Y BRINDAN HERRAMIENTAS PSICOLOGICAS PARA AFRONTAR CON LA SITUACION QUE ESTA PRESENTANDO Y SE PONE A DISPO LA LINEA AMIGA EN CASO DE REQUERIR ALGUN TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO.

GNOS VITALES

Tension Arterial 90 60 **Frecuencia Cardiaca** 57 **Frecuencia Respiratoria** 20 **Temperatura** 36

SO2 96 **Estado de Conciencia** Alerta **Peso (kg)** 0.0000 Alerta a Al

Motivo Consulta SE COMUNICA USUARIO A LA LINEA AMIGA 106 DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA EL DIA 21-11-2025 A LAS 09:28 AM Y REFIERE LO SIGUIENTE: EL DIA DE AYER ME CORTE LA MUÑECA DE UNA DE MIS MANOS, PERO NO FUE UN CORTE PROFUNDO, EN EL MOMENTO ESTABA CON UN AMIGO Y EL ME DETUVO. 3 DE MIS AMIGOS Y YO VIAJAMOS A LA CIUDAD DE PEREIRA DE PASEO Y TENGO MI VUELO NOCHE PARA REGRESAR A MI CASA EN BOGOTA, LLAMO A ESTA LINEA PORQUE QUERIA HABLAR CON ALGUIEN YA QUE ME SENTIA UN CONFUNDIDO Y NO SIENTO CONFIANZA PARA HABLARLO CON MI FAMILIA, HACE DOS AÑOS TUVE UNA RELACION CON PLAN ESTRUCTURADO, ERA TERMINE DE UN PUENTE O TERMINELE A UN CARRO PERO CUANDO LLEGUE AL SITIO ME DETUVE Y PENSE EN PACARLA DESPUES DE MI MUERTE Y SENTI UN TEMOR DE PENSAR EN ESTO Y ESO ME DETUVO, SOY ESTUDIANTE PSICOLOGIA PERO AÑO NO ENTRE A ESTUDIAR , TAMBIEN ESTUVE EN EL SEMINARIO PORQUE SENTI EL LLAMADO DE DIOS PARA SER SACERDOTE, EL C QUE ANDA NO SE QUE ES LO QUE QUIERO O DEBERIA HACER PORQUE TAMBIEN HE ESTADO EN UNA CRISIS DE FE.

Observaciones

Hallazgos Positivos al Examen

ANTECEDENTES

Diabetes	Enfermedad Coronaria	ACV	Enfermedad Pulmonar	Convulsiones	Hipertenso
Hospitalizacion Reciente	Infarto Reciente	Anticoagulado	Parto Reciente	Otros Antecedentes	

Otros Antecedentes

Cirugias

Alergias

Medicamentos

Planifica **Metodo** Natural **Fecha Ultima Regla**

URIBO A URGENCIAS **Tipo de Llegada** No_se_establecio

Consulta Externa	Remision	Orden Servicio	Falta Especial	Ficha de Enfermedades	Ginigena	
IAEV UAG	Especial	Tubo de Tarde	Intoxicacion Pasajeros	Accion	Gear	
Consulta Externa HUS	Enfermedad					

IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico 1 F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS

Diagnóstico 2

Diagnóstico 3

Observaciones

Recomendaciones SE BRINDAN RECOMENDACIONES PARA QUE RECIBA ATENCION POR SALUD MENTAL Y EL REFIERE QUE LO HARA CUANDO SE ENCUENTRE EN BOGOTA, SE REMITE EL CASO A LA LINEA AMIGA DE BOGOTA POR CORREO ELECTRONICO YA QUE EL USUARIO NO ASISTIO A URGENCIAS PORQUE TIENE SU VUELO HOY EN LA NOCHE, PERO SE COMUNICARA EN NOCHE APENAS CUANDO SE ENCUENTRE EN SU CASA.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 06/2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: NOVIEMBRE - ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: PEREIRA

MUNICIPIO/LUGAR:

No	TIP DOC	NO. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	MIRS	POBLACIÓN PRIORITARIA DEMUESTRADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	MODALIDAD DE ATENCIÓN	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS
					M	VICTIMA / DESPLAZADO / DESMOVILIZADO / ACTIVA / INTEGRADA / AFRO / NEGRO / RAIZAL / PALENQUERO / ROM / INDIGENA / MESTIZO / NINGUNA	ETNIA / CRED / PROMOCION Y MANTENIMIENTO / PYP / NUTRICION / SALUD ORAL / SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	MIEMBRO DE LA FAMILIA / CUIDADOR / CONSULTANTE			U	R		SI	NO
4	S/D	SIN DATO	FALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3202457531			01 DE 1- 2025 (D 36265 H 10 M 10 PM LEYDI MARIN		
2	S/D	SIN DATO	CONFIRMATION	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3127901488			2 01 11 2025 ID 36244 H 10 10 PM LEYDI MARIN		
1	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	1001038453			1 01 11 2025 ID 36370 H 11 56 PM LEYDI MARIN		
6	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	1004952961			6 01 11 2025 ID 36375 H 12 02 AM LEYDI MARIN		
5	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	1127332438			5 01 11 2025 ID 36378 H 01 01 AM LEYDI MARIN		
6	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3735039274			6 01 11 2025 ID 36380 H 01 04 AM LEYDI MARIN		
7	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	1234945183			7 01 11 2025 ID 36381 H 01 12 AM LEYDI MARIN		
8	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3235732530			8 01 11 2025 ID 36382 H 01 56 AM LEYDI MARIN		
9	PT	66A0281	FRANCIA DAYANI MACHO MARTINEZ	20		X			ASMET SALUD	PEREIRA	3226960435			9 01 11 2025 ID 36429 H 02 18 PM LEYDI MARIN		
10	S/D	SIN DATO	FRANCY SABIANA CASTILLO	18	X				SIN DATO	SANTA ROSA DE CABAL	3235732530			01 11 2025 H 01 01 AM ANA 01 2025		

Nº	TIPO DOC	NRO. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			FORMACIÓN PROMOCIONADA DEMOSTRADA CONDICIONADA														PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	OTRO	ACTIVIDAD FISICA	ALIMENTACION	HIGIENE	AUTOCUIDADO	PAUTAS	SEXUALIDAD	SALUD MENTAL	VIH	ITS	VIOLENCIAS	PAI	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	ADULTEZ	SALUD ORAL	ENFERMEDADES CRONICAS	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	SALUD AMBIENTAL	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ETNIAS	VICTIMAS	DISCAPACIDAD	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO				U	R		SI	NO
32	CC	1082109689	ROMANA GARCIA PEÑA	33	X																										SIN DATO	PEREIRA, MEGRATRON INDUSTRIAS ELECTROMECANICAS	3113164695			01-11-2025 ID 36391 H:6:57 AM FANNY MOLANO 1		
33	CC	1004168460	LLAMADA MANUAL USUARIO NO ATENDIDO JULIANA RIOS ZULETA	24	X																										NUEVA EPS	LA VIRGINIA, CARRERA 9 No 8-54 BARRIO LA MAGDALENA, CASA	3207344098			01-11-2025 ID 36391 H:7:05 AM FANNY MOLANO 2		
34	CC	1004168460	LLAMADA MANUAL USUARIO NO ATENDIDO JULIANA RIOS ZULETA 1	24	X																										NUEVA EPS	LA VIRGINIA, CARRERA 9 No 8-54 BARRIO LA MAGDALENA, CASA	3207344098			01-11-2025 ID 36391 H:7:08 AM FANNY MOLANO 3		
35	CC	1082109689	ROMANA GARCIA PEÑA	33	X																										SIN DATO	PEREIRA, MEGRATRON INDUSTRIAS ELECTROMECANICAS	3113164695			01-11-2025 ID 36391 H:7:10 AM FANNY MOLANO 4		
36	CC	1004168460	LLAMADA MANUAL USUARIO NO ATENDIDO JULIANA RIOS ZULETA	24	X																										NUEVA EPS	LA VIRGINIA, CARRERA 9 No 8-54 BARRIO LA MAGDALENA, CASA	3207344098			01-11-2025 ID 36392 H:7:22 AM FANNY MOLANO 5		
37	S/D	SIN DATO	LLAMADA MANUAL - USUARIA NO RESPONDE GLADIS ZULETA PEREZ	S/D																										SIN DATO	LA VIRGINIA, CARRERA 9 No 8-56 BARRIO LA MAGDALENA, CASA	3135234498			01-11-2025 ID 36391 H:7:25 AM FANNY MOLANO 6		
38	CC	1082109689	ROMANA GARCIA PEÑA	33	X																										SIN DATO	PEREIRA, MEGRATRON INDUSTRIAS ELECTROMECANICAS	3113164695			01-11-2025 ID 36391 H:7:28 AM FANNY MOLANO 7		
39	CC	1082109689	ROMANA GARCIA PEÑA	33	X																										SIN DATO	PEREIRA, MEGRATRON INDUSTRIAS ELECTROMECANICAS	3113164695			01-11-2025 ID 36391 H:7:43 AM FANNY MOLANO 8		
40	CC	1004168460	JULIANA RIOS ZULETA	24	X																										NUEVA EPS	LA VIRGINIA, CARRERA 9 No 8-56 BARRIO LA MAGDALENA, CASA	3207344098			01-11-2025 H:07:34 AM ANIELI [02]		
41	S/D	SIN DATO	ALEJANDRA PORRAS	22	X																										SIN DATO	BOGOTÁ, D.C.	3063903137			01-11-2025 ID 36396 H:8:34 AM FANNY MOLANO 9		

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 06-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No	TIP DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA (ETNIA/DISCAPACIDAD)																PROGRAMA											ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		VEREDA	AUTORIZA EL USO DE DATOS	
					M	F	LGBTI	SIN DISCAPACIDAD	MOTORA	AUDITIVA	VISUAL	SORDOCEGUERA	MENTAL	MÚLTIPLE	MADRE CABEZA DE FAMILIA	HABITANTE DE CALLE	VÍCTIMA	MIGRANTE	OTRO	NO	C.I.D.	HIPERTENSIÓN	DIABETES	ERC	VIH	CÁNCER	ENFERMEDADES RARAS	SALUD MENTAL	SALUD INFANTIL	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SALUD ORAL	SALUD AMBIENTAL	SALUD LABORAL	SALUD PÚBLICA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO ASEGURADO				U	R		SI	NO
1	S/D	SIN DATO	NOMBRE APELLIDO	S/D	X																															SIN DATO	EL NARANJO PEREIRA	3136940269					
2	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D																																	SIN DATO	SIN DATO	3183213262					
3	S/D	SIN DATO	LA RADIO MUDA	S/D																																	SIN DATO	SIN DATO	3002035443					
4	S/D	SIN DATO	LA RADIO MUDA	S/D																																	SIN DATO	SIN DATO	3003198453					
5	CC	7466815A	[illegible]	41	X																															ASMET SALUD	PROGRAMA CONTRIBUTIVO	3000016456					
6	CC	24912542	MARIA ISABEL [illegible]	21		X																															SURA	CALLE 18 CRA 10 #20 - 32 PEREIRA	3136114829					
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																																	SIN DATO	SIN DATO	3163963098					
8	CC	1053755440	[illegible]	22		X																														X	SALUD POSITIVA	PARQUE INDUSTRIAL PEREIRA	3136114826					
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																																	SIN DATO	SIN DATO	3136114826					
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																																	SIN DATO	SIN DATO	3136114826					

No.	TIP DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO		POBLACIÓN VULNERABLE (CONTINUACIÓN)																			PROGRAMA						ASEGURA MEDICAMENTOS			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	PUEBLOS ORIGINARIOS	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	ROM	VICTIMA CONFLICTO ARMADO	DESPLAZADO	DESMOVILIZADO	EX PRESO	HABITANTE DE CALLE	MADRE COMUNITARIA	SUSTITUTO	CUIDADOR	DISCAPACIDAD	OTRO	HTA	DIABETES MELLITUS	ERC	EPOC	ASMA	OBESIDAD	CANCER	SALUD MENTAL	ENFERMEDAD HUERFANA	VIH	SI	NO	CUAL				U	R			
11	S/D	SIN DATO	CARLOS M	S/D																														SIN DATO	SIN DATO	3244451189			05-11-2025 10:36:08 7:36 PM RICARDO (04)		
12	S/D	SIN DATO	CLEMAIRE MEJIA	S/D																														SIN DATO	SIN DATO	304 8618833			05-11-2025 10:36:21 2:01 PM RICARDO (05)		
13	S/D	SIN DATO	CARLOS M	S/D																														SIN DATO	SIN DATO	3106670042			05-11-2025 10:36:08 4:14 PM RICARDO (04)		
14	CC	30016722708	MARY LUCERO PEREGRINO CARDOZO	22		X																										X		ASMET SALUD	NUEVO MILENIUM MZ 25 A CAS 505 BARRIO LOS ANDES	3104139480			05-11-2025 10:36:35 3:20 PM RICARDO (07)		
15	S/D	SIN DATO	LUIS GERMAN	36	X																													SIN DATO	SIN DATO	3223069636			05-11-2025 10:36:28 3:50 PM RICARDO (06)		
16	S/D	SIN DATO	CARMEN TERESA	S/D																														SIN DATO	SIN DATO	3215996238			05-11-2025 10:36:43 5:09 PM RICARDO (09)		
17	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																														SIN DATO	SIN DATO	3206383462			05-11-2025 10:36:31 4:28 PM RICARDO (03)		
18	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																														SIN DATO	SIN DATO	3207134035			05-11-2025 10:36:16 5:32 PM RICARDO (11)		
19	S/D	SIN DATO	INFORMACION DE LA LINEA	S/D																														SIN DATO	SIN DATO	3113080088			05-11-2025 10:36:37 5:35 PM RICARDO (13)		
20	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																														SIN DATO	SIN DATO	3126701073			05-11-2025 10:36:15 5:45 PM RICARDO (13)		

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No	Tipo DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN VULNERABLE IDENTIFICADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA		FECHA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M / F							U	R		SI	NO
1	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3216953758			07-11-2020 10:34:06 PM SIN DATO		NO
2	S/D	SIN DATO	FORRESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3122971876			07-11-2020 10:38:09 PM MANIZALES		
3	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3217254694			07-11-2020 10:43:28 PM MANIZALES		
4	S/D	SIN DATO	SIN DATO						SIN DATO	SIN DATO	3002234982			08-11-2020 10:43:28 AM MANIZALES		
5	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3235412742			07-11-2020 10:42:03 PM MANIZALES		
6	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3227837020			07-11-2020 10:43:28 PM MANIZALES		
7	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3127841476			07-11-2020 10:43:28 PM MANIZALES		
8	S/D	SIN DATO	ANA VASQUEZ	39	F				SURA	MEDELLIN ANTIOQUIA	3003375893			08-11-2020 10:43:28 AM MANIZALES		
9	S/D	SIN DATO	ANA VASQUEZ	39					SURA	MEDELLIN ANTIOQUIA	3003375893			07-11-2020 10:43:28 PM MANIZALES		
10	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3216956074			07-11-2020 10:43:28 PM MANIZALES		

No.	TIPO DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN VULNERABLE (CONDICIÓN)												PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			SEXO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGBTI	SIN VULNERABILIDAD	ADULTO MAYOR	PERSONA CON DISCAPACIDAD	NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE	MUJER EMBARAZADA	MUJER LACTANTE	VÍCTIMA	OTRA																				U	R		SI	NO
1	N.S	SIN DATO	CALLBACK	S/D																												SIN DATO	SIN DATO	3133697016			02 11 2025 10 36489 757 MAYFRUN 6		
2	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D																												SIN DATO	SIN DATO	3207178333			02 11 2025 10 36489 757 MAYFRUN 7		
3	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D																												SIN DATO	SIN DATO	3234053186			02 11 2025 10 36489 757 MAYFRUN 8		
4	S/D	SIN DATO	ESPERANDO ACTIVACIÓN	S/D																												SIN DATO	SIN DATO	3214587642			02 11 2025 8 08 AM ID 36456 PADILLA VELIZ [004]		
5	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D																												SIN DATO	SIN DATO	3156617684			02 11 2025 8 08 AM ID 36457 PADILLA VELIZ [002]		
6	S/D	SIN DATO	DANIEL	S/D	X																											SIN DATO	SIN DATO	3154649754			02 11 2025 8 08 AM ID 36458 PADILLA VELIZ [003]		
7	S/D	SIN DATO	GONZALO	S/D	X																											SIN DATO	SIN DATO	3134436357			02 11 2025 8:09 AM ID 36460 PADILLA VELIZ [004]		
8	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D																												SIN DATO	SIN DATO	3198961814			02 11 2025 8:41 AM ID 36463 PADILLA VELIZ [005]		
9	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D																												SIN DATO	SIN DATO	3213365208			02 11 2025 8:49 AM ID 36463 PADILLA VELIZ [006]		
10	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D																												SIN DATO	SIN DATO	3202102339			02 11 2025 8:58 AM ID 36465 PADILLA VELIZ [007]		

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

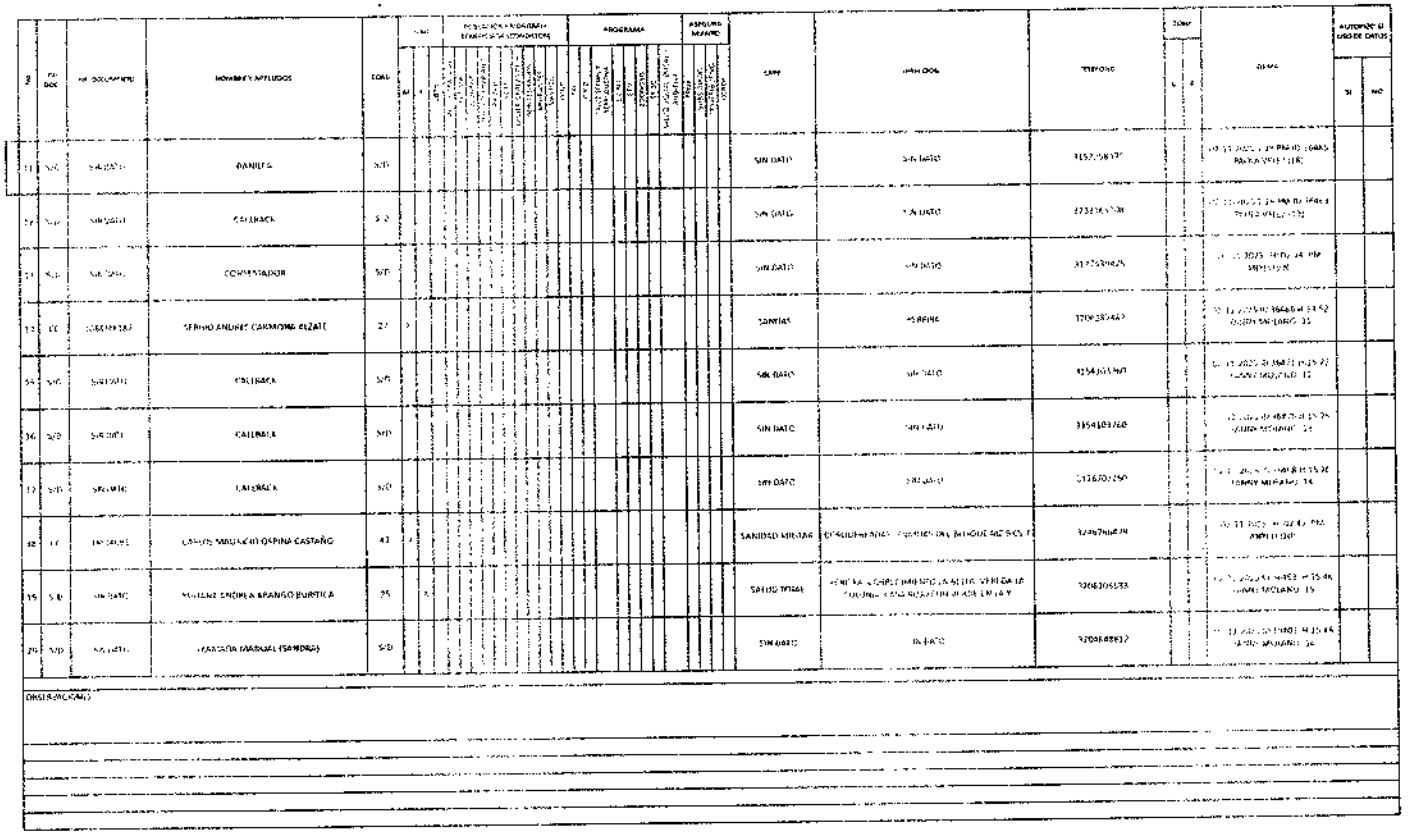
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MEN DE LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIP DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS
					M / F / INTER	VÍCTIMA CONFLICTO ARMADO / DESPLAZADO / ACOGIDA / ADULTO MAYOR / DISCAPACIDAD / GESTANTE / HABITANTE DE CALLE / INDÍGENA / MADRE COMUNITARIA / MIGRANTE / VENEZOLANO / OTRO	ETV / CRÓNICAS / SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA / ERA / IRA / ZOONOSIS / SALUD ORAL / VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES / SALUD AMBIENTAL / SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL / SALUD MENTAL / SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS / VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	PACIENTE / CONTACTO				U	R		SI	NO
1	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3205956443			07 11 2025 12:09 AM ID:36469 PAOLA VELEZ (08)		X
2	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3159106966			07 11 2025 11:20 AM ID 36470 PAOLA VELEZ (09)		
3	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3136013760			07 11 2025 11:21 AM ID 36471 PAOLA VELEZ (10)		
4	S/D	SIN DATO	LLAMADA ATIERA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3128918655			07 11 2025 12:04 PM ID 36471 PAOLA VELEZ (11)		
5	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3147053260			07 11 2025 12:10 PM ID 36476 PAOLA VELEZ (12)		
6	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	313-8436629			07 11 2025 12:31 PM ID 36478 PAOLA VELEZ (14)		
7	S/D	SIN DATO	BRENDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3244278627			07 11 2025 12:36 PM ID 36479 PAOLA VELEZ (15)		
8	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	4031064454			07 11 2025 1:13 PM ID 36484 PAOLA VELEZ (15)		
9	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3206064454			07 11 2025 1:15 PM ID 36485 PAOLA VELEZ (16)		
10	S/D	SIN DATO	DANIELA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3154274375			07 11 2025 1:19 PM ID:36485 PAOLA VELEZ (17)		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 06-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	No. Ord.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	Sexo: M	Sexo: F	Población Priorizada Beneficiada (Condición): Desplazado	Población Priorizada Beneficiada (Condición): Víctima	Población Priorizada Beneficiada (Condición): Afrocolombiano	Población Priorizada Beneficiada (Condición): Indígena	Población Priorizada Beneficiada (Condición): Raizal	Población Priorizada Beneficiada (Condición): Rom	Población Priorizada Beneficiada (Condición): Discapacitado	Población Priorizada Beneficiada (Condición): Mujeres Gestantes	Población Priorizada Beneficiada (Condición): Mujeres Lactantes	Población Priorizada Beneficiada (Condición): Niños	Programa: Tbc	Programa: Salud Sexual	Programa: Salud Oral	Programa: Vih	Programa: Salud Mental	Programa: Otro	Asegurado Afiliado: Régimen Contributivo	Asegurado Afiliado: Régimen Subsidiado	Asegurado Afiliado: Sin Dato	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	Información Sociedades: S	Información Sociedades: No
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	22	X																					SIN DATO	[illegible]	3053368725			02 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO		
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																						SIN DATO	SIN DATO	3116861484			02 11 2025 [illegible] ANGELICA		
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	35	X																					SALUD TOTAL	PEREIRA, LA FLORESTA [illegible] COLONIA, PASO ANCHO [illegible]	3206105533			02 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO		
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																						SIN DATO	SIN DATO	3206937278			02 11 2025 [illegible] ANGELICA		
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																						SIN DATO	SIN DATO	3136296552			02 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO		
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																						SIN DATO	SIN DATO	2001038453			02 11 2025 [illegible] ANGELICA		
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																						SIN DATO	SIN DATO	3023135541			02 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO		
8	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																						SIN DATO	SIN DATO	3214728427			02 11 2025 [illegible] ANGELICA		
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																						SIN DATO	SIN DATO	3024135631			02 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO		
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D																						SIN DATO	SIN DATO	3124054692			02 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO		

Nº	TIPO DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SISBEN		POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN)														PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			TAPA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					A	B	VÍCTIMA CONFLICTO ARMADO	DESPLAZADO	DISCAPACIDAD	GESTANTE	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	ROM	MADRE COMUNITARIA	RECICLADOR	HABITANTE DE CALLE	MIGRANTE	RETORNO	LGBTI	ADULTO MAYOR	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	ADULTO MAYOR	FAMILIAS EN ACCIÓN	JÓVENES EN ACCIÓN	COLOMBIA MAYOR	ENTORNOS PROTECTORES	DOMICILIARIA	CRAS				U	R		SI	NO
13	C.C	1.088.[illegible]	[illegible]	[illegible]																												SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			02-11-2025 H: 06:10 PM ANYELI[illegible]		
14	CC	25664354	JORGE IVAN RIOS GARCIA	71	A																												ENVIGADO	PEREIRA	3001[illegible]			01-11-2025 ID 36504 H 10:45 JHONY MOLANO - 27		
15	CC	18593319	ANDRES FELIPE GALLEGO ARBELAEZ	47	A																												SANTO TOMAS	EL SAN FRANCISCO DOSQUEBRADAS POR BOSQUES DE LA ACUARELA	3136[illegible]			02-11-2025 H: 06:51 PM ANYELI[illegible]		
16	CC	71654401	DIEGO ALEXANDER [illegible]	42	A																												SANTO TOMAS	SAN DIEGO DOSQUEBRADAS	3137279[illegible]			02-11-2025 H: 07:27 PM ANYELI[illegible]		
17	S/D	SIN DATO	ANDRES SANTIAGO	47	A																												SIN DATO	DOSQUEBRADAS	3[illegible]			03-11-2025 ID 36508 H 09:13 JHONY MOLANO - 28		
18	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]																												SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]			AE 11-2025 H: 08:34 PM ANYELI[illegible]		
19	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]																												SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			07-11-2025 H: 09:11 PM ANYELI[illegible]		
20	S/D	SIN DATO	CLARISA DE PRADA	[illegible]																												SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			02-11-2025 ID 36513 H 10:33 PM RICARDO (19)		
21	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]																												SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			02-11-2025 ID 36507 H 10:06 PM RICARDO (20)		
22	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]																												SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			02-11-2025 ID 36515 H 10:37 PM RICARDO (21)		

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | Vigencia 06-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

N°	TIP DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACION PRIORITARIA	PROGRAMA	ASESORIA / EVENTO	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS
1	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		02-11-2025 ID 36511 12:17 PM RICARDO [illegible]	x
2	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		02-11-2025 ID 36514 2:46 AM RICARDO [illegible]	
3	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		10 02-11-2025 ID 36383 H 04:38 AM LEYDI MARIN	
4	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		11 02-11-2025 ID 36385 H 04:11 AM LEYDI MARIN	
5	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		12 02-11-2025 ID 36390 H 04:53 AM LEYDI MARIN	
6	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 03-11-2025 ID 36512 H 06:57 AM LEYDI MARIN	
7	S/D	SIN DATO	LLAMADA CAIDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		14 03-11-2025 ID 36518 H 07:36 AM LEYDI MARIN	
8	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		15 03-11-2025 ID 36520 H 08:23 AM LEYDI MARIN	
9	S/D	SIN DATO	USUARIO NO ATENDIDO	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		16 03-11-2025 ID 36522 H 08:27 AM LEYDI MARIN	
10	CC	1904816622	PAULA ANDREA MARIN ZULUAGA	24	x				COMFENALCO	APIA	[illegible]		17 03-11-2025 ID 36524 H 08:57 AM LEYDI MARIN	

#	TIP DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA / BENEFICIARIA	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	S/D	SIN DATO	LLAMADA CONTINUADA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3147208989			[illegible] MARIN		
12	S/D	SIN DATO	LLAMADA MARIA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3216516730			[illegible] MARIN		
13	S/D	SIN DATO	MILTON	S/D	X					NUEVA EPS	PEREIRA	3508278620			[illegible] MARIN		
14	S/D	SIN DATO	MILTON	S/D	X					NUEVA EPS	PEREIRA	3508278620			[illegible] MARIN		
15	S/D	SIN DATO	MILTON	S/D	X					NUEVA EPS	PEREIRA	3508278620			[illegible] MARIN		
16	S/D	SIN DATO	MILTON	S/D	X					NUEVA EPS	PEREIRA	3508278620			[illegible] MARIN		
17	S/D	SIN DATO	JORGE IVAN	45	X					ASMET SALUD	[illegible]	3003038153			[illegible] MARIN		
18	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3206054233			[illegible]		
19	S/D	SIN DATO	SANDRA GUTIERREZ	22		X				SIN DATO	SIN DATO	3127401567			[illegible]		
20	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3216516730			[illegible]		

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | Vigencia [illegible]

CONTRATISTA: EQUIPO PSICÓLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LÍNEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LÍNEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

N°	TIP DOC.	N°. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	ASEGURADOR RÉGIMEN SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	EAPB	BARRIO/VEREDA	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FECHA	AUTORIZA SI	AUTORIZA NO
1	S/D	SIN DATO	CASUACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3103905841			[illegible]		[illegible]
2	S/D	SIN DATO	YESENIA	22		X			SALUD TOTAL	PEREIRA	3122401562			[illegible]		
3	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3234802055			[illegible]		
4	S/D	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	6063406449			[illegible]		
5	CC	[illegible]	[illegible] MARIA ARDILA ARCILA	38		X		X	NUEVA EPS	SANTA MONICA DOSQUEBRADAS	3202733085			[illegible]		
6	S/D	SIN DATO	GERMAN	49	X				SANITAS	LA PAZ DOSQUEBRADAS	3017249558			[illegible]		
7	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3147716449			[illegible]		
8	S/D	SIN DATO	[illegible] GARCIA	S/D		X			SIN DATO	DOSQUEBRADAS	3043577730			[illegible]		
9	CC	[illegible]	LUZ MARINA GARCIA	49		X		X	SALUD TOTAL	MZ [illegible] BOSQUES [illegible] PARQUE INDUSTRIAL	3138837850			[illegible]		
10	S/D	SIN DATO	LAURA GARCIA	S/D		X			SIN DATO	DOSQUEBRADAS	3043577730			[illegible]		

N°	TIP DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
[illegible]	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			03-11-2025 ID 36545 H 20 77 FANNY MOLANO 29		
[illegible]	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			03-11-2025 9:09 PM ID 36558 PAOLA VELEZ (28)		
[illegible]	S/D	SIN DATO	ANA VASQUEZ	49		X				[illegible]	VIEJO ANTIOQUIA POR NINIA	[illegible]			03-11-2025 H 10:01 PM ANYELI (20)		
[illegible]	S/D	SIN DATO	LAURA VILLAMIL GARCIA	S/D		X				SIN DATO	DOSQUEBRADAS	[illegible]			04-11-2025 H 12:57 AM ANYELI (21)		
[illegible]	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			04-11-2025 H 12:42 AM ANYELI (22)		
[illegible]	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			04-11-2025 H 01:51 AM ANYELI (23)		
[illegible]	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			04-11-2025 H 02:57 AM ANYELI (24)		
[illegible]	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			04-11-2025 H 03:29 AM ANYELI (25)		
[illegible]	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			25 04-11-2025 ID 36566 H 06:03 AM LEYDI MARIN		
[illegible]	S/D	SIN DATO	LUZ AMPARO GARCIA	S/D	X					SIN DATO	DOSQUEBRADAS	[illegible]			26 04-11-2025 ID 36572 H 06:24 AM LEYDI MARIN		

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 07 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIP DOC	No. DOCUMENTO	Nombres Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M, F, LGBTI	POBLACIÓN PARTICULAR (DISCAPACIDAD): SIN CARACTERIZAR, HABITANTE CALLE, INDIGENA, NEGRO/AFRO, ROM, VICTIMA, MIGRANTE, RETORNADO, DESPLAZADO, SIN DATO	PERTENENCIA ÉTNICA: 1 A 20	SEGURA SOCIAL: CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, VINCULADO, PARTICULAR	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA: U, R	FECHA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI, NO
6	S/D	SIN DATO	VILLAVICENCIO [illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			
7	S/D	SIN DATO	ESTEVEN VALENCIA	[illegible]					NUEVA EPS	SIN DATO	[illegible]			
8	S/D	SIN DATO	ESTEVEN VALENCIA	S/D					NUEVA EPS	SIN DATO	[illegible]		29 04 11 2025 ID: 36580 H: 10:40 AM LEYDI MARIN	
9	S/D	SIN DATO	ESTEVEN VALENCIA	S/D					NUEVA EPS	SIN DATO	[illegible]		29 04 11 2025 ID: 36580 H: 10:45 AM LEYDI MARIN	
10	S/D	SIN DATO	ESTEVEN VALENCIA	S/D					NUEVA EPS	SIN DATO	[illegible]		30 04 11 2025 ID: 36585 H: 10:45 AM LEYDI MARIN	
11	S/D	SIN DATO	ESTEVEN VALENCIA	S/D					NUEVA EPS	SIN DATO	[illegible]		31 04 11 2025 ID: 36590 H: 10:46 AM LEYDI MARIN	
12	S/D	SIN DATO	ESTEVEN VALENCIA	S/D					NUEVA EPS	SIN DATO	[illegible]		31 04 11 2025 ID: 36590 H: 10:47 AM LEYDI MARIN	
13	S/D	SIN DATO	ESTEVEN VALENCIA	S/D					NUEVA EPS	SIN DATO	[illegible]		31 04 11 2025 ID: 36590 H: 10:42 AM LEYDI MARIN	
14	S/D	SIN DATO	ESTEVEN VALENCIA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		03-11-2025 ID: 36570 H: MARIN	
15	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		04-11-2025 ID: 36575 H: MARIN	
16	CC	1004239085	ERIKA TATIANA [illegible]	21					NUEVA EPS	CANASTA [illegible]	[illegible]		04-11-2025 ID: 36578 H: MARIN	

N°	TIP. DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN [illegible]	PROGRAMA	ASEGURA [illegible]	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FECHA	AUTORIZA EL USO DE DATOS SI	AUTORIZA EL USO DE DATOS NO
11	S/D	SIN DATO	ESTIVEN VALENCIA	S/D	X					NUEVA EPS	SIN DATO	3027625477			34 04-11-2025 ID 26590 11:10:47 AM [illegible] MARIN		
12	S/D	SIN DATO	CONTISTADOR	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3013561323			35 04-11-2025 ID [illegible] 11:12:19 PM [illegible] MARIN		
13	S/D	SIN DATO	[illegible] SANDRA [illegible]	45	X					SURA	AV. [illegible]	3016017735			36 04-11-2025 ID [illegible] 11:33:35 PM [illegible] MARIN		
14	CC	30134.195	MARTHA SANTA [illegible]	55	X					SURA	AV. [illegible]	3016017735			04-11-2025 ID 36260 [illegible]		
15	S/D	SIN DATO	CONTISTADOR	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3241173965			04-11-2025 2:04 PM ID 26590 PAOLA VELEZ [illegible]		
16	S/D	SIN DATO	LLAMADA CAIDA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3233678666			04-11-2025 2:56 PM ID [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]		
17	S/D	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3707624951			04-11-2025 3:16 PM ID 26590 PAOLA VELEZ [illegible]		
18	S/D	SIN DATO	ANGELICA	S/D		X				SIN DATO	DOSQUEBRADAS, INSTITUCION EDUCATIVA SANTA ISABEL	3107701247			04-11-2025 [illegible] PM ID 26590 PAOLA VELEZ [illegible]		
19	S/D	SIN DATO	VALENTINA OLIVARO	15		X				SIN DATO	TRASNVERSAL 10 C 24 BARRIO BOSQUES DEL PARAISO	3126649309			04-11-2025 3:35 PM PAOLA VELEZ [illegible]		
20	S/D	SIN DATO	VALENTINA OLIVARO	15		X				SIN DATO	TRASNVERSAL 10 C 24 BARRIO BOSQUES EL PARAISO	3126649309			04-11-2025 3:35 PM PAOLA VELEZ [illegible]		

OBSERVACIONES.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

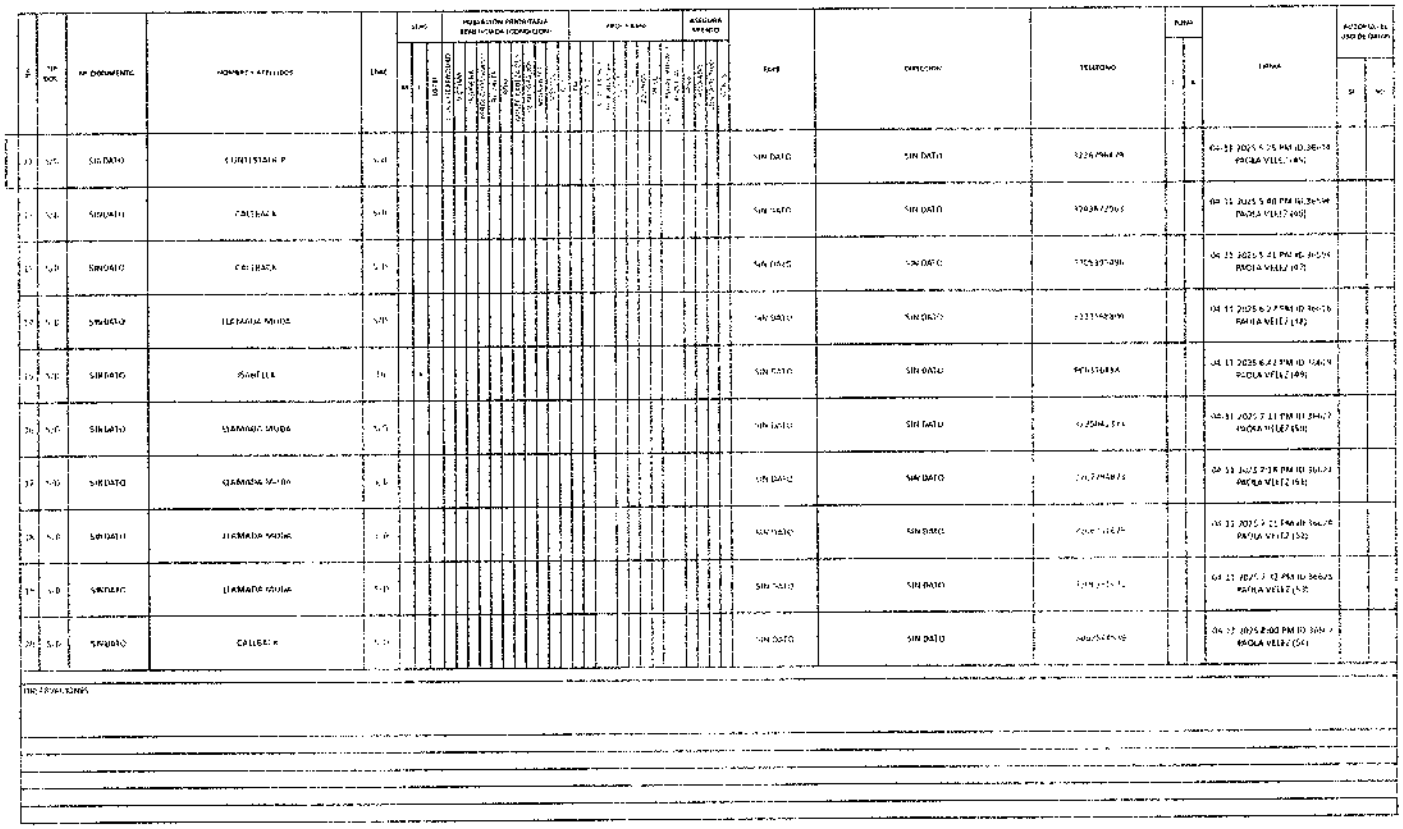
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

ESTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 05-2021

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	CLASE (AP, C, SISBEN, COL. DESPLAZADO, VICTIMA)	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (INDÍGENA, AFRODESCEND., PALENQUERO, RAIZAL, ROM, VICTIMA, DISCAPACIDAD, GESTANTE, HABITANTE DE CALLE, PPL, MIGRANTE)	PROGRAMA (PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO, ATENCIÓN INTEGRAL, ATENCIÓN PARTO, ATENCIÓN RECIÉN NACIDO, ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA, ATENCIÓN INFANCIA, ATENCIÓN ADOLESCENCIA, ATENCIÓN JUVENTUD, ATENCIÓN ADULTEZ, ATENCIÓN VEJEZ, SALUD ORAL, SALUD VISUAL, SALUD AUDITIVA Y COMUNICACIÓN)	ABORDAJE INDIVIDUAL (INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO, INTERSECTORIAL)	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA (U, R)	BARRIO	AUTORIZO EL USO DE DATOS (SI, NO)
1	S/D	SIN DATO	VALENTINA OTAIVARO	15	X				SIN DATO	TRANSVERSAL 15 # 13 BARRIO ALAMEDA DEL PARAISO	3176649209				
2	S/D	SIN DATO	MARIA DE VALENTINA	S/D	X				SIN DATO	TRANSVERSAL 15 # 13 BARRIO ALAMEDA DEL PARAISO	3104621608				
3	S/D	SIN DATO	MARIA DE VALENTINA	S/D	X				SIN DATO	TRANSVERSAL 15 # 13 BARRIO ALAMEDA DEL PARAISO	3104621608				
4	S/D	SIN DATO	MARIA DE VALENTINA	S/D	X				SIN DATO	TRANSVERSAL 15 # 13 BARRIO ALAMEDA DEL PARAISO	3205516602				
5	S/D	SIN DATO	MARIA DE VALENTINA	S/D	X				SIN DATO	TRANSVERSAL 15 # 13 BARRIO ALAMEDA DEL PARAISO	3205516602				
6	S/D	SIN DATO	ANGELICA	S/D	X				SIN DATO	DIAGONAL 15 # 13 BARRIO ALAMEDA DEL PARAISO	3107701242				
7	S/D	SIN DATO	LA ENTENADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3107701242				
8	S/D	SIN DATO	LA MAMA DE MARIA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3136475364				
9	S/D	SIN DATO	PAPA BACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3233114126				
10	S/D	SIN DATO	LA MAMA DE MARIA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3133135427				



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 06-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	Tip Doc	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M, F, INTER	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): DESPLAZADO, DISCAPACIDAD, INDIGENA, AFRODESCENDIENTE, GITANOS, VICTIMA CONFLICTO ARMADO, MADRE COMUNITARIA, INFRACTORES, MIGRANTES, MAESTROS, OTRO	PROGRAMA: S.P.D., SALUD MENTAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, V.I.F., SEXUALIDAD, SALUD INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD, OTRO	ASEGURAMIENTO: CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, VINCULADO, ESPECIAL, NO ASEGURADO	BARRIO	DIRECCION	TELEFONO	FECHA: D	FECHA: M	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			04-11-2015 H 28 PM ID 36628 PAOLA VELEZ 551		X
2	CC	79883154	[illegible]	38	X			X	SIN DATO	ASMETSALUD	3008194151			04-11-2015 H 51 PM ID 36639 PAOLA VELEZ 558		
3	S/D	SIN DATO	CATTANEA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			4-11-20252 ID36634 H 21:22 FANNY MOLANO 30		
4	CC	1913439S	MARTIN ALBERTO [illegible]	56	X				SUBA	PEREIRA, AV. CIRCUNVALAR	[illegible]			4-11-20252 ID36632 H 21:27 FANNY MOLANO 31		
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			4-11-20252 ID36620 H 23:23 FANNY MOLANO 32		
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			4-11-20252 ID36624 H 23:35 FANNY MOLANO 33		
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			4-11-20252 ID36617 H 23:26 FANNY MOLANO 34		
8	CC	1913439S	MARTIN ALBERTO [illegible]	56	X				SUBA	PEREIRA, AV CIRCUNVALAR	[illegible]			4-11-20252 ID36627 H 21:27 FANNY MOLANO 35		
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			5-11-20252 ID36631 H 2:00 FANNY MOLANO 36		
10	S/D	SIN DATO	CATTANEA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			5-11-20252 ID36611 H 2:50 FANNY MOLANO 37		

Nº	TIPO DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	VIAS: Nº	VIAS: Nº	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (LETRA/NOM)	PROGRAMA	ASEGURA MIENTO	CAPS	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO
12	CC	1[illegible]	[illegible]	53		X				SIN DATO	[illegible]	3138173724			05-11-2025 ID 36584 [illegible]		
13	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3137966128			05-11-2025 ID 36605 [illegible]		
14	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3206351675			05-11-2025 ID 36659 [illegible]		
15	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3145822772			05-11-2025 ID 36661 [illegible]		
16	CC	1087988773	[illegible]	38		X				SIN DATO	SIN DATO	3228378953			05-11-2025 ID 36647 [illegible]		
17	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3012965270			05-11-2025 ID 36649 [illegible]		
18	CC	1082357242	[illegible]	40		X				SAMA	[illegible]	3013568322			05-11-2025 ID 36630 [illegible]		
19	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3137704129			05-11-2025 ID 36657 [illegible]		
20	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3122621559			05-11-2025 ID 36655 [illegible]		
21	CC	2[illegible]	[illegible]	62	X					SALUD TOTAL	[illegible]	3187139635			05-11-2025 ID 36652 [illegible]		

OBSERVACIONES.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

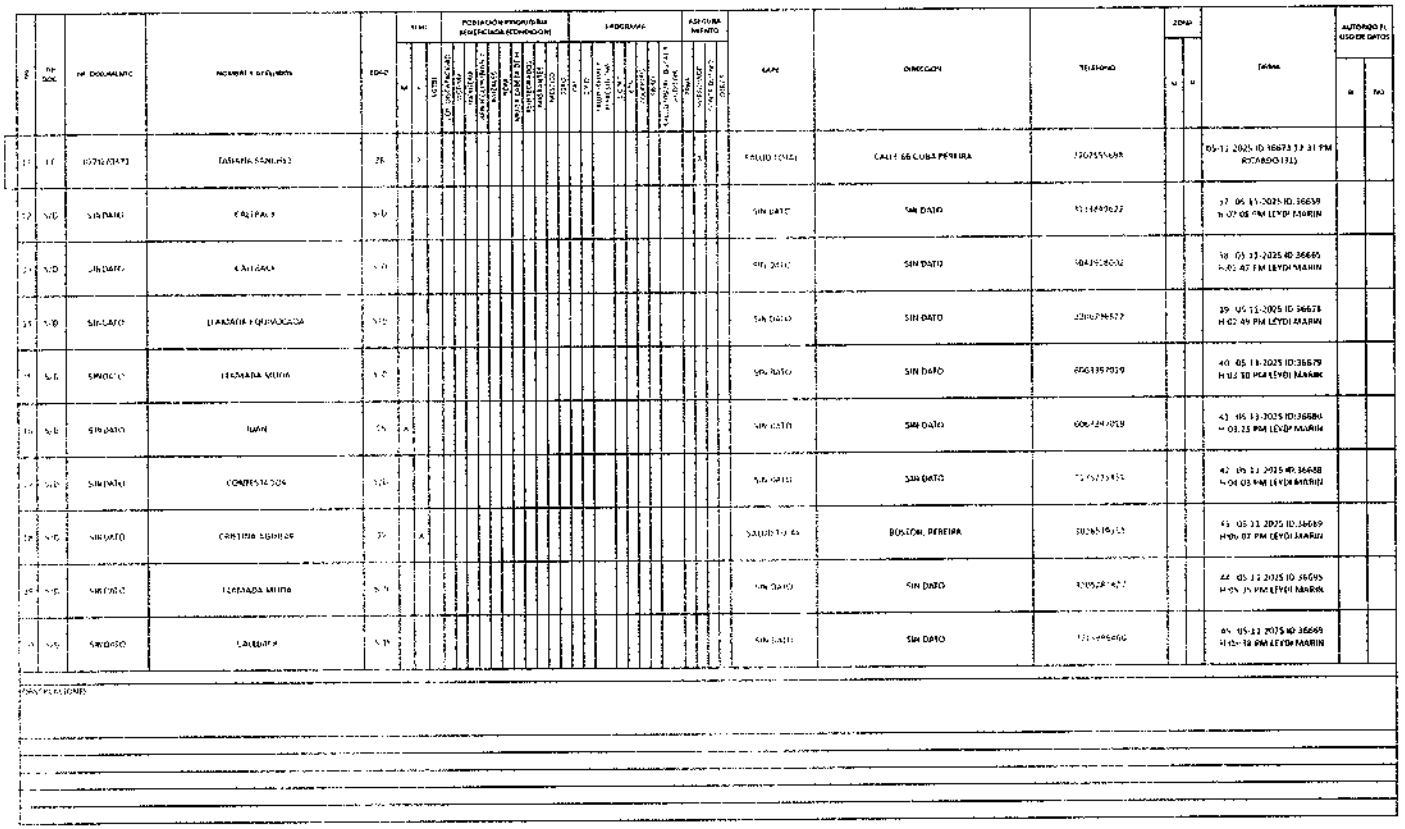
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	Tip. Doc.	N° Documento	Nombres y Apellidos	Edad	Sexo M	Sexo F	Población / Programa	Aseguramiento	EAPB	Dirección	Teléfono	Zona U	Zona R	Firma	Autorizo uso de datos Sí	Autorizo uso de datos No
1	CC	[illegible]	JORGE [illegible] CARDONA	45	X			X	ASMET SALUD	[illegible]	300103845[illegible]			[illegible]		[illegible]
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	3137704123			[illegible]		
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			[illegible]		
4	CC	[illegible]	[illegible] ZAPATA	43		X		X	COOSALUD	CENTRO PEREIRA	[illegible]			[illegible]		
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	3042918602			[illegible]		
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	311725612[illegible]			[illegible]		
7	S/D	SIN DATO	[illegible] VALENCIA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			[illegible]		
8	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	3117256129			[illegible]		
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	[illegible]			[illegible]		
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	[illegible]			[illegible]		



34985

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 58-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No	TIP DOC	NÚM. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA (DISCAPACIDAD/DESPLAZADO)	PROGRAMA	ASEGURA MIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZA USO DE DATOS SI	AUTORIZA USO DE DATOS NO
1	S/D	SIN DATO	PATRICIA P	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3226760871			48 05 11 2025 9:56 36616 HORA VA PM LEYDI MARIN		
2	S/D	SIN DATO	PATRICIA P	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3216921495			47 05 11 2025 10:00 36616 HORA SA PM LEYDI MARIN		
3	S/D	SIN DATO	YAN MORENO	19	X				SANA	RESTREPO ANTIOQUIA	3023570491			46 05-11-2025 ID: 36696 HORA 08 PM LEYDI MARIN		
4	S/D	SIN DATO	STEFANIA ZAPATA ARIAS	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3216646212			49 05-11-2025 ID: 36696 HORA 03 PM LEYDI MARIN		
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	19	X				SANA	VALLE DE [illegible]	3136776663			50 05-11-2025 ID: 36701 HORA 05 PM LEYDI MARIN		
6	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3148505846			45-11-2025 9:37 PM ID 36694 PAOLA VELEZ (57)		
7	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3137562221			05-11-2025 8:58 PM ID 36641 PAOLA VELEZ (58)		
8	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3207391347			05-11-2025 10:01 PM ID:36686 PAOLA VELEZ (59)		
9	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3206748644			05-11-2025 10:07 PM ID 36684 PAOLA VELEZ (60)		
10	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3226305216			05-11-2025 10:04 PM ID 36682 PAOLA VELEZ (61)		

Nº	TIP DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	M	F	POBLACIÓN SUJETO DE ATENCIÓN / CONDICIÓN	PROGRAMA	SEGURO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO SI	AUTORIZO NO
11	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3058746377			05-11-2025 10:23 AM ID 36712 PAOLA VELEZ (62)		
12	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3205282427			05-11-2025 10:35 PM ID 36697 PAOLA VELEZ (63)		
13	[illegible]	[illegible]	[illegible]	19		X			√	ASMET SALUD	[illegible]	3215342950			05-11-2025 10:42 PM ID 36724 PAOLA VELEZ (64)		
14	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3003375892			06-11-2025 12:51 AM ID 36706 PAOLA VELEZ (65)		
15	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3106555454			06-11-2025 12:53 AM ID 36703 PAOLA VELEZ (66)		
16	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3103891481			06-11-2025 12:54 AM ID 36700 PAOLA VELEZ (67)		
17	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3137176879			06-11-2025 12:56 AM ID 36768 PAOLA VELEZ (68)		
18	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3058746377			06-11-2025 1:51 AM ID 36752 PAOLA VELEZ (69)		
19	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3137667715			06-11-2025 3:05 AM ID 36715 PAOLA VELEZ (70)		
20	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3156637084			06-11-2025 5:30 AM ID 36726 PAOLA VELEZ (71)		

OBSERVACIONES:

3486

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

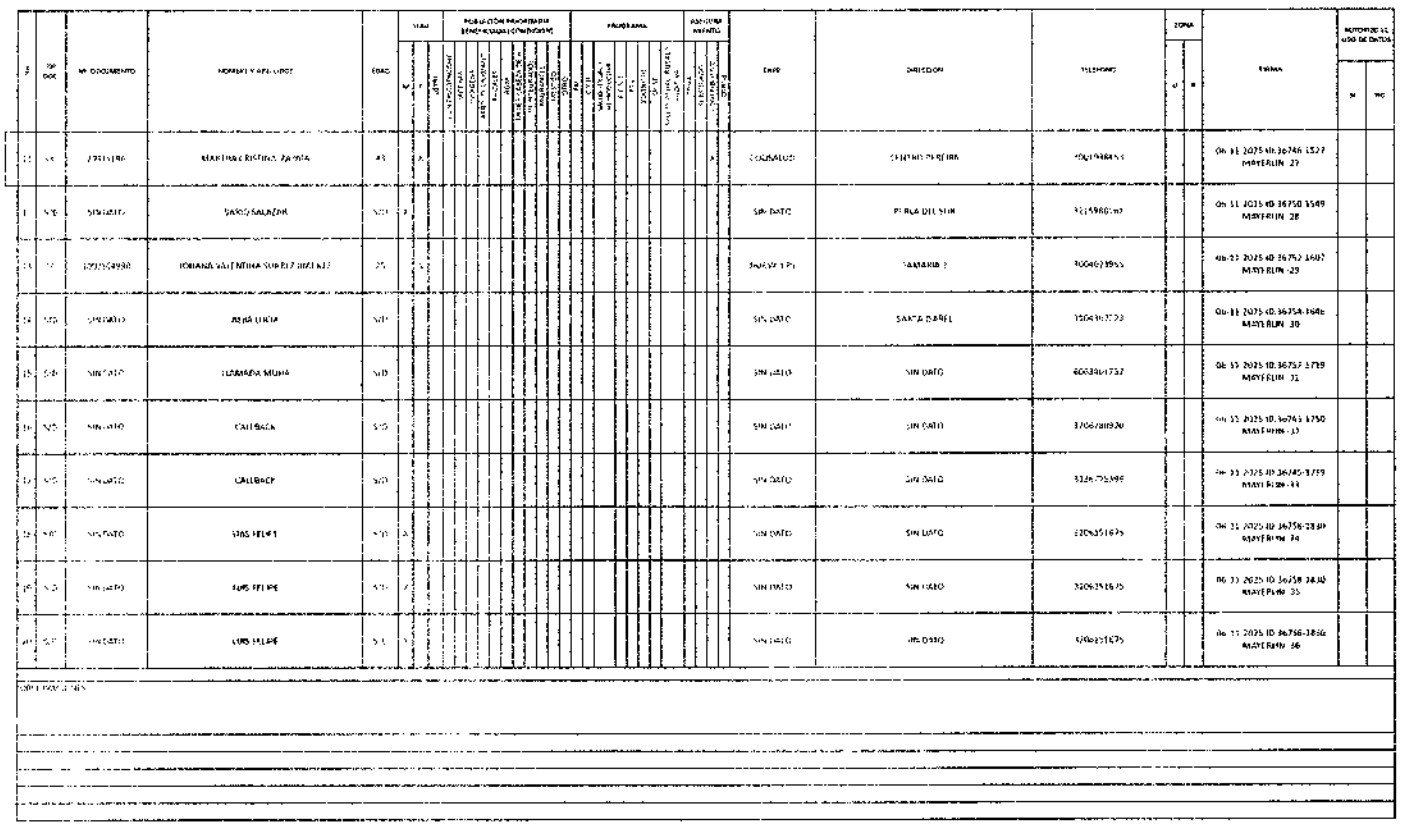
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 05-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TIPO DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA / PROGRAMA / ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO SI	AUTORIZO NO
1	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3126904597			[illegible]		x
2	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			[illegible]		
3	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3116049322			[illegible]		
4	S/D	SIN DATO	GILMA - LLAMADA EQUIVOCADA	S/D		x		SIN DATO	[illegible]	3147005687			[illegible]		
5	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3146315347			[illegible]		
6	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3005095864			[illegible]		
7	CC	[illegible]	[illegible] CALDERON	64	x			SURA	[illegible] PEREIRA	3135061728			[illegible]		
8	CC	[illegible]	JORGE IVAN RIOS CARDONA	45	x			ASMET SALUD	[illegible] COUNTRY CALLE 57 BD 13 - 02 [illegible]	1001038453			[illegible]		
9	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3127850438			[illegible]		
10	S/D	SIN DATO	YANITZA - LLAMADA EQUIVOCADA	S/D		x		SIN DATO	PEREIRA	3002159066			[illegible]		



3487

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | Vigencia 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

Nº	TIP DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZA EL USO DE DATOS SI	AUTORIZA EL USO DE DATOS NO
1	S/D	SIN DATO	LUIS FELIPE	S/D	x					SIN DATO	SIN DATO	3766251675			06-11-2025 [illegible] MAYERLIN [illegible]		x
2	S/D	SIN DATO	CALL BACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3233494343			06-11-2025 [illegible] MAYERLIN 58		
3	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	1555308873			51 06-11-2025 [illegible] 11:20 PM LEYDI MARIN		
4	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			52 06-11-2025 [illegible] 11:41 PM LEYDI MARIN		
5	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3155308471			53 07-11-2025 [illegible] 1:20 AM LEYDI MARIN		
6	S/D	SIN DATO	CALL BACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3126757509			54 07-11-2025 [illegible] 2:05:22 AM LEYDI MARIN		
7	S/D	SIN DATO	CALL BACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	1205151675			55 07-11-2025 [illegible] 1:40 AM LEYDI MARIN		
8	S/D	SIN DATO	CALL BACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3052510667			56 07-11-2025 [illegible] LEYDI MARIN		
9	S/D	SIN DATO	CALL BACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3105715NNS			57 07-11-2025 [illegible] AM LEYDI MARIN		
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	1110539451			58 07-11-2025 [illegible] AM LEYDI MARIN		

N°	TIPO DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	CURSO DE VIDA	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
[illegible]	CC	1088271433	VIVIANA DUARTE [illegible]	[illegible]	X				SALUD TOTAL	PEREIRA	[illegible]			7/11/2025 ID 36771 H 6:55 FANNY MOLANO 36		
[illegible]	CC	1088271433	VIVIANA [illegible]	[illegible]	X				SALUD TOTAL	PEREIRA	[illegible]			7/11/2025 ID 36771 H 6:56 FANNY MOLANO 39		
[illegible]	[illegible]	1088291578	CLAUDIA [illegible]	S/D	X				SOS	20 DE JULIO PEREIRA	[illegible]			07-11-2025 H 08:07 AM ANYELI (32)		
[illegible]	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			07-11-2025 H 08:38 AM ANYELI (33)		
[illegible]	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			7/11/2025 ID 36780 H 8:57 FANNY MOLANO 40		
16	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			07-11-2025 H 09:45 AM ANYELI (34)		
17	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			7/11/2025 ID 36784 H 9:52 FANNY MOLANO 41		
18	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			07-11-2025 H 10:47 AM ANYELI (35)		
19	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	X				SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			7/11/2025 ID 36786 H 10:44 FANNY MOLANO 42		
20	S/D	SIN DATO	ANA [illegible]	[illegible]	X				[illegible]	BELLO ANTIOQUIA [illegible]	[illegible]			07-11-2025 H 10:58 AM ANYELI (36)		

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

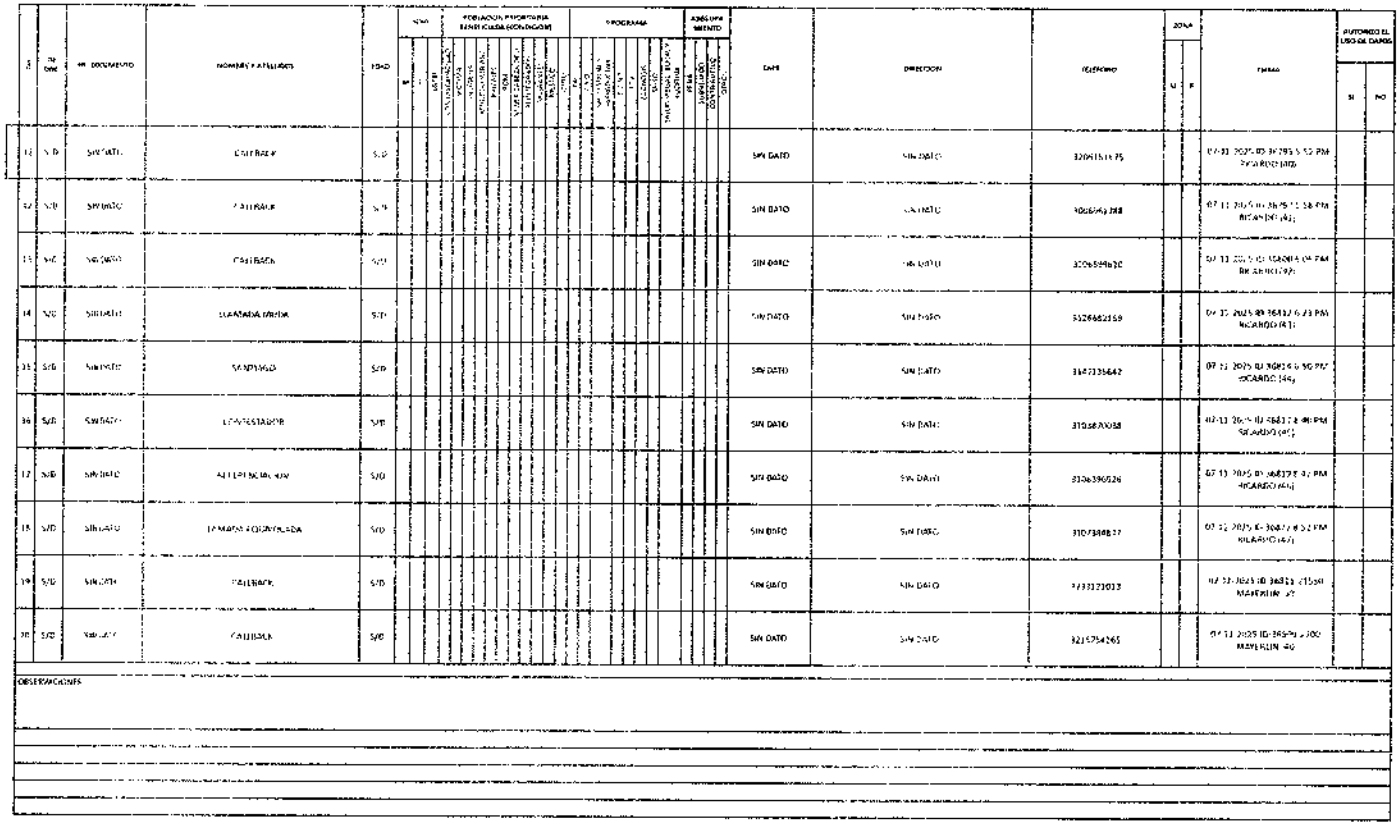
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	Tipo Doc.	No. Documento	Nombre y Apellidos	Edad	Sexo	Población Priorizada Beneficiada (Condición)	Programa	Asegurado Vinculado	Mpio.	Dirección	Teléfono	Zona U	Zona R	Firma	Autorizo el uso de datos SI	Autorizo el uso de datos NO
1	[illegible]	SIN DATO	LLAMADA MUDA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			7/11/2025 ID 36799 H 11:27 FANNY MEDIANO 43		[illegible]
2	[illegible]	SIN DATO	LLAMADA MUDA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			07-11-2025 H 11:59 AM ARREDI (34)		
3	[illegible]	SIN DATO	CALLADA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			7/11/2025 ID 36776 H 12:12 FANNY MOLANO - 44		
4	[illegible]	SIN DATO	CALLADA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			07-11-2025 H 12:24 PM ANYELI (38)		
5	CC	1088344857	NATALIA CATALINA [illegible]	28	M	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SANTA ROSA	PEREIRA	[illegible]			7/11/2025 ID 36793 H 13:18 FANNY MEDIANO 45		
6	SIN DATO	SIN DATO	CONTESTADOR	SIN DATO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			07-11-2025 ID 36800 2:24 PM RICARDO (35)		
7	PP	6[illegible]	EVELIN LEONELA REQUENO [illegible]	19	M	[illegible]	[illegible]	[illegible]	ARMENIA	PEREIRA	[illegible]			07-11-2025 ID 36801 3:01 PM RICARDO (36)		
8	SIN DATO	SIN DATO	LLAMADA MUDA	SIN DATO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			07-11-2025 ID 36805 4:53 PM RICARDO (37)		
9	SIN DATO	SIN DATO	MARIA LUISA [illegible]	42	F	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	BARRIO EL LAPICERO/DOSQUEBRADAS	[illegible]			07-11-2025 ID 36806 5:05 PM RICARDO (38)		
10	SIN DATO	SIN DATO	CARIBE K	SIN DATO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			07-11-2025 ID 36794 5:48 PM RICARDO (39)		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 03-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No	TIP DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA / ATENCIÓN / CONDICIÓN	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	CAUSA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	S/D	[illegible]	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3005949460			07-11-2025 ID 36807 [illegible] MAYERLIN 11		[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	VALENTINA GONZALEZ ORTEGA	16						SALUD TOTAL	[illegible] LA VIRGINIA RESTAURANTE BRASAS DE CERRITOS	3159431599			07-11-2025 ID 36817 2245 MAYERLIN 42		
3	TI	[illegible]	VALENTINA GONZALEZ ORTEGA	16						SALUD TOTAL	[illegible] LA VIRGINIA RESTAURANTE BRASAS DE CERRITOS	3159431599			07-11-2025 ID 36827 2245 MAYERLIN 43		
4	TI	[illegible]	VALENTINA GONZALEZ ORTEGA	16						SALUD TOTAL	[illegible] LA VIRGINIA RESTAURANTE BRASAS DE CERRITOS	3159431599			07-11-2025 ID 36827 2245 MAYERLIN 44		
5	TI	[illegible]	VALENTINA GONZALEZ ORTEGA	16						SALUD TOTAL	[illegible] LA VIRGINIA RESTAURANTE BRASAS DE CERRITOS	3159431599			07-11-2025 ID 36827 2245 MAYERLIN 45		
6	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3301570934			07-11-2025 ID 36847 [illegible] MAYERLIN 46		
7	S/D	SIN DATO	JOHNSON	17						SIN DATO	[illegible]	3226916435			08-11-2025 ID 36826 [illegible] MAYERLIN 47		
8	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3106670041			04-11-2025 ID 36871 [illegible] MAYERLIN 48		
9	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3117649083			08-11-2025 ID 36876 [illegible] MAYERLIN 49		
10	S/D	SIN DATO	MARIA DEL PILAR	S/D						SIN DATO	[illegible]	3145339561			08-11-2025 ID 36890 [illegible] MAYERLIN 50		

Nº	Nº DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO		POBLACIÓN PRIORITARIA (MARCACIÓN CONDICIÓN)																				PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			SAPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONAS		FIRMA	AUTORIDAD (Uso de guardia)	
					M	F	VICTIMA VIOLENCIA	VICTIMA CONFLICTO	MADRE COMUNITARIA	PPL	PPAD	MUJER GESTANTE	MUJER LACTANTE	MENOR 1 AÑO	MENOR 5 AÑOS	ADULTO MAYOR	DISCAPACIDAD	OTRA	ETNIA	DESPLAZADO	DESMOVILIZADO	SALUD MENTAL	VIH	G.A.N.	MADRE FAMILIA	ADULTO MAYOR	ERA	DESNUTRICIÓN	SALUD MENTAL	VIH	OTRA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	PARTICULAR				U	R		SI	NO
1	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]																																		SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			DE 11 2025 03 36831 H 7:22 AM FANNY MOLANO 46		
2	2	5[illegible]	[illegible]	[illegible]																																		SIN DATO	SIN DATO	31[illegible]			08 11 2025 7 49 AM ID:36833 PAOLA VELEZ (73)		
3	3	5[illegible]	SAMUEL	12																																		SIN DATO	PEREIRA	3[illegible]			08 11 2025 ID 36834 8:5:43 AM FANNY MOLANO 47		
4	4	5[illegible]	[illegible]	[illegible]																																		SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]			08 11 2025 8:02 AM ID:36836 PAOLA VELEZ (74)		
5	5	5[illegible]	[illegible]	[illegible]																																		SIN DATO	PEREIRA	3[illegible]			08 11 2025 ID 36837 H 8:30 AM FANNY MOLANO 46		
6	6	[illegible]	[illegible]	[illegible]																																		[illegible]	PEREIRA	3[illegible]			08 11 2025 8 33 AM ID 36837 PAOLA VELEZ (75)		
7	7	5[illegible]	LLAMADA EQUIVOCADA	[illegible]																																		SIN DATO	SIN DATO	6[illegible]			08 11 2025 ID 36837 H 10:18 AM FANNY MORANO 49		
8	8	5[illegible]	CONTESTADOR	[illegible]																																		SIN DATO	SIN DATO	31[illegible]			08 11 2025 ID 36839 H 10:48 AM FANNY MORANO 50		
9	9	5[illegible]	LLAMADA FALLIDA	[illegible]																																		SIN DATO	SIN DATO	31[illegible]			08 11 2025 11 37 AM ID 36843 PAOLA VELEZ (76)		
10	10	[illegible]	MARCELA	[illegible]																																		SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]			08 11 2025 11:44 AM ID 36843 PAOLA VELEZ (77)		

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

Ítem	Tipo Doc.	Nº Documento	Nombres y Apellidos	Edad	Sexo	Población Priorizada Pertenencia Étnica	Programa	Ajustes Razonables	Rango	Dirección	Teléfono	Zona U	Zona R	Firma	Autorización Grabación Sí	Autorización Grabación No
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3114.01760			08-11-2025 12:06 AM ID 36844 PAOLA VELEZ (PV)		
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	24	F				SIN DATO	PEREIRA	3101902284			08-11-2025 ID 36840 11:13 AM FANNY MOLANO (FM)		
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3238451389			08-11-2025 12:27 PM ID 36851 PAOLA VELEZ (PV)		
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3175497954			08-11-2025 8:30 PM ID 36848 PAOLA VELEZ (PV)		
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	38	F				SIN DATO	[illegible]	3136525833			08-11-2025 ID 36840 11:14 AM FANNY MOLANO (FM)		
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3126556589			08-11-2025 1:20 PM ID 36851 PAOLA VELEZ (PV)		
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3105256202			08-11-2025 2:20 PM ID 36854 PAOLA VELEZ (PV)		
8	S/D	SIN DATO	MARIBEL [illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3135156259			08-11-2025 1:31 PM ID 36853 PAOLA VELEZ (PV)		
9	S/D	SIN DATO	MARIBEL [illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3135156207			08-11-2025 1:33 PM ID 36853 PAOLA VELEZ (PV)		
10	S/D	SIN DATO	MARIBEL [illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3135156207			08-11-2025 1:34 PM ID 36853 PAOLA VELEZ (PV)		

Nº	TIP DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA / PROGRAMA / ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO USO DE DATOS SI	AUTORIZO USO DE DATOS NO
11	S/D	SIN DATO	USUARIO NO ATENDIDO, LO RAMOS DE [illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3209466567			08-11-2025 H: 03:08 PM ANYELI(39)		
12	PP	9560277	EVELIN [illegible] RODRIGUEZ SUAREZ	19		X	X	ASMETSALUD	PERTIRA	3215347950			08-11-2025 H: 03:25 PM ANYELI(40)		
13	S/D	SIN DATO	CALLE SAL	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3207284833			08-11-2025 H: 04:41 PM ANYELI(41)		
14	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3175507756			08-11-2025 H: 04:45 PM ANYELI(42)		
15	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3234451389			08-11-2025 H: 16:67 PM ANYELI(43)		
16	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3207456723			08-11-2025 H: 04:54 PM ANYELI(44)		
17	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3195719202			08-11-2025 H: 05:35 PM ANYELI(45)		
18	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3202282427			08-11-2025 H: 06:38 PM ANYELI(46)		
19	CC	1007702598	DANIELA RAMIREZ CASTAÑEDA	35		X		SALUD TOTAL	CALLE 38 NO 17 B 98 SANTA ROSA DE CABAL	3221915626			08-11-2025 H: 07:20 PM ANYELI(47)		
20	S/D	SIN DATO	[illegible]	42	X			SALUD TOTAL	CENTENARIO, PEREIRA	3215395467			08-11-2025 H: 08:46 PM ANYELI(48)		

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 21 | Vigencia: 06-2017

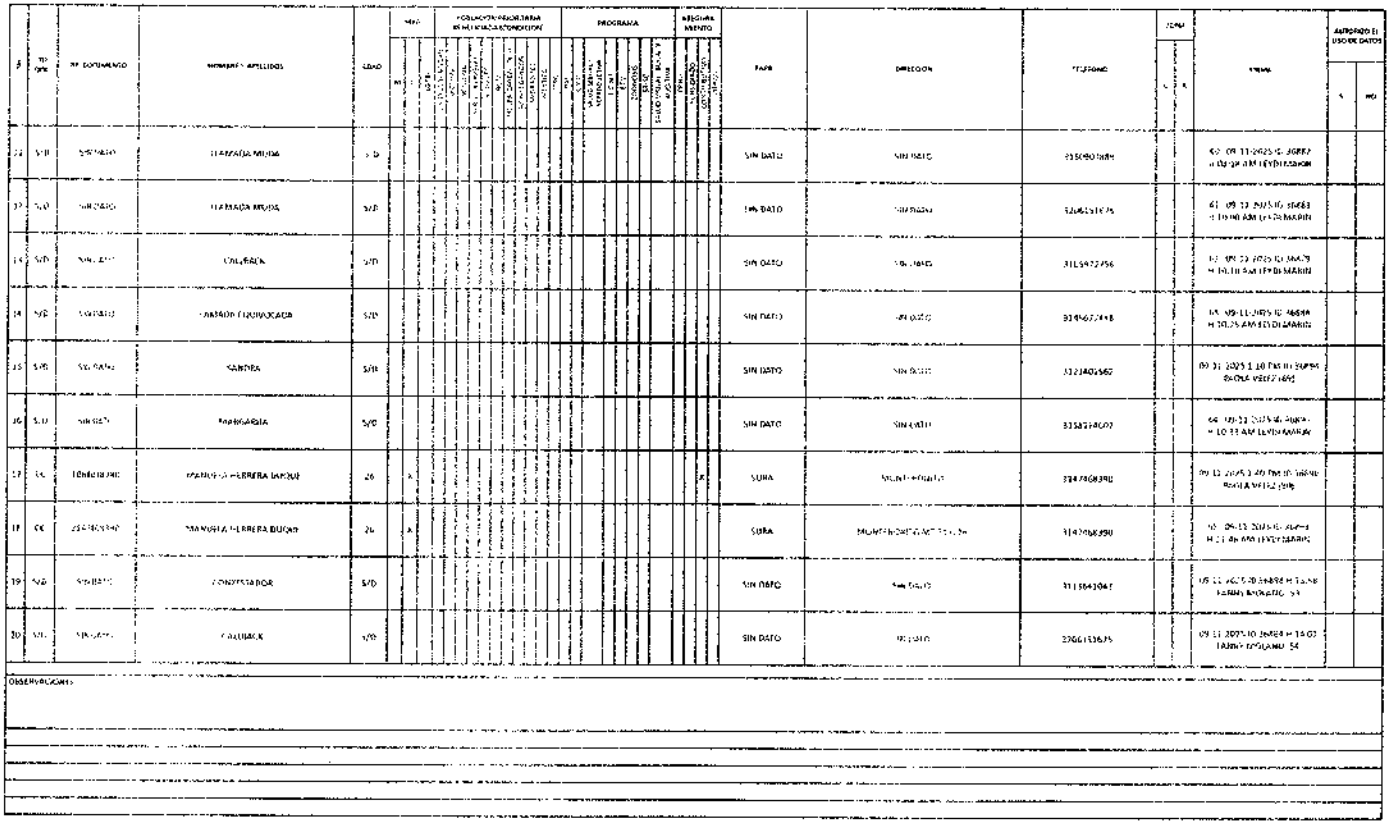
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOSOCIAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LÍNEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LÍNEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIPO DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA PERTENECIENTE (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASISTENCIA PREVIA	FECHA	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	SIN DATO	CALLBACK	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	[illegible]			06 11 2025 ID 36858 10 26 PM RICARDO (49)		[illegible]
2	CC	SIN DATO	RESTAURACION	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	[illegible]			06 11 2025 ID 36871 10 53 PM RICARDO (49)		
3	CC	SIN DATO	LLAMADA MUDA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	[illegible]			06 11 2025 ID 36875 11 01 PM RICARDO (50)		
4	CC	SIN DATO	CALLBACK	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	[illegible]			07 11 2025 ID 36885 12 20 AM RICARDO (51)		
5	CC	SIN DATO	CALLBACK	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	[illegible]			07 11 2025 ID 36886 12 17 AM RICARDO (52)		
6	CC	SIN DATO	LLAMADA MUDA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	[illegible]			07 11 2025 ID 36874 1 07 AM RICARDO (53)		
7	CC	SIN DATO	CONFESTADOR	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	[illegible]			07 11 2025 6 36 AM ID 36879 PACHA VEGA (86)		
8	CC	SIN DATO	LLAMADA GRANDE	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	[illegible]			07 11 2025 6 46 AM ID 36880 PACHA VEGA (87)		
9	CC	SIN DATO	MARGARITA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	[illegible]			07 11 2025 10 43 AM ID 36891 PACHA VEGA (88)		
10	CC	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	[illegible]			07 11 2025 ID:36897 Hello, my name is [illegible]		



3492

DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 — Vigente a: 08-2017

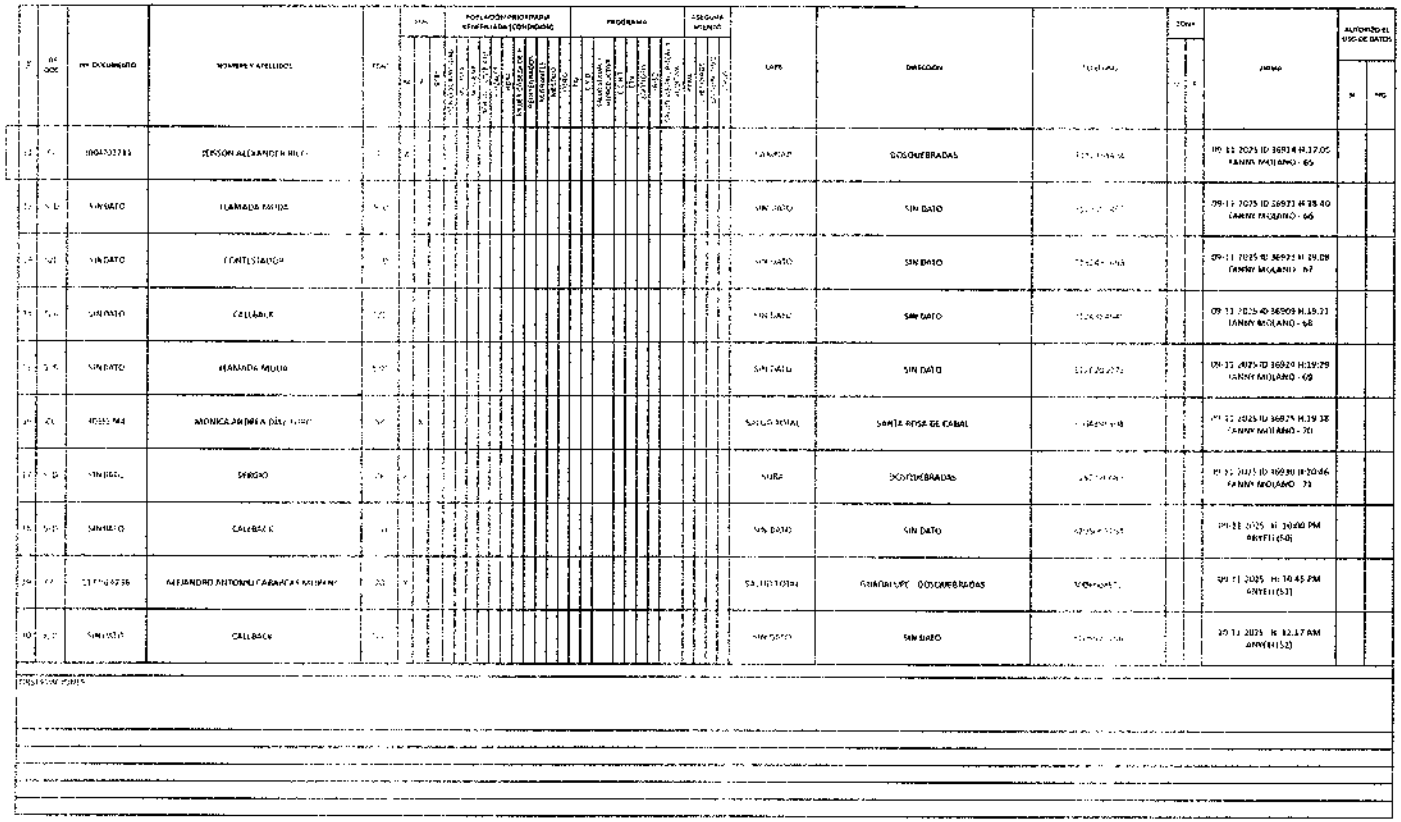
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

N°	TIP DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA / PROGRAMA / ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3113641044			09-11-2025 ID [illegible] FANNY MOLANO - 55		
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3135721231			09-11-2025 ID [illegible] FANNY MOLANO - 56		
3	S/D	SIN DATO	RADIO OPERADORA DE TURNO DEL CRUE DE PEREIRA	S/D				SIN DATO	PEREIRA	3163509097			09-11-2025 ID [illegible] FANNY MOLANO - 57		
4	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3161936503			09-11-2025 ID [illegible] FANNY MOLANO - 58		
5	S/D	SIN DATO	[illegible], DENI SUSANA FORERO	14	x			SIN DATO	PEREIRA	3113543417			09-11-2025 ID [illegible] FANNY MOLANO - 59		
6	S/D	SIN DATO	[illegible], DENI SUSANA FORERO	14	x			SIN DATO	PEREIRA	3167302077			09-11-2025 ID [illegible] FANNY MOLANO - 60		
7	CC	[illegible]	SEBASTIAN OSPINA PATIÑO	25	x			SALUD TOTAL	PEREIRA	3127686434			09-11-2025 ID [illegible] FANNY MOLANO - 61		
8	S/D	SIN DATO	CONFESSADOR	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3147778375			09-11-2025 ID [illegible] FANNY MOLANO - 62		
9	S/D	SIN DATO	MAYERLIN	31	x			SIN DATO	PEREIRA	3154649724			09-11-2025 ID [illegible] FANNY MOLANO - 63		
10	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D				SIN DATO	SIN DATO	1207478243			09-11-2025 ID [illegible] FANNY MOLANO - 64		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Version: 01 | Vigencia: 05-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIPO DOC.	N. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)																PROGRAMA											ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		VEREDA	ACTIVIDAD E INSTRUMENTO DILIGENCIADO	
					M	F	INTER	SIN DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	ROM	ARA	MIGRACIÓN DE RETORNADOS	MIGRANTES	HABITANTE DE CALLE	DESPLAZADO	VIH	ERC	DIABETES	HTA	ASMA	EPOC	CÁNCER	SALUD MENTAL	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	VIOLENCIAS	SEGURIDAD ALIMENTARIA	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	ENFERMEDADES CRONICAS	ENFERMEDADES HUERFANAS	DISCAPACIDAD	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO				U	R			
1	V/D	SIN DATO	[illegible]	V/D																															SIN DATO	SIN DATO	3362500210				10 11 2025 11 12:17 AM ANYELI [illegible]	
2	V/D	SIN DATO	[illegible]	V/D																															SIN DATO	SIN DATO	3346365380				10 11 2025 11 12:52 AM ANYELI [illegible]	
3	V/D	SIN DATO	[illegible]	V/D																															SIN DATO	[illegible]	3113460280				10 11 2025 11 01:26 PM ANYELI [illegible]	
4	CC	66601137	[illegible]	59	X																													X	ASMET SALUD EPS	PEREIRA	3215342960				10 11 2025 11 01:35 PM ANYELI [illegible]	
5	V/D	SIN DATO	[illegible]	V/D																															SIN DATO	SIN DATO	3108923072				10 11 2025 11 02:11 PM ANYELI [illegible]	
6	V/D	SIN DATO	USUARIO NO IDENTIFICADO - LLAMADA DE PRUEBA	V/D																															SIN DATO	SIN DATO	3117327283				10 11 2025 11 02:25 PM ANYELI [illegible]	
7	V/D	SIN DATO	[illegible]	V/D																															SIN DATO	SIN DATO	3127490457				10 11 2025 11 02:29 PM ANYELI [illegible]	
8	CC	1089400190	MARIA MARCELA [illegible]	28																															SOMAR	BARRIO CAIMARE	3043540916				10 11 2025 10 10:43:23 MAYERLIN [illegible]	
9	CC	1089600140	JUANA MARIA [illegible]	20																															NOMAR	BARRIO CAIMARE	3043540916				10 11 2025 10 10:44:23 MAYERLIN [illegible]	
10	V/D	SIN DATO	[illegible]	V/D																															SIN DATO	SIN DATO	3113754014				10 11 2025 10 10:46:11 MAYERLIN [illegible]	

No.	TIP DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	MAS	POBLACION PRIORITARIA-VULNERABILIDAD (CONDICION)	PROGRAMA	ASEGURA MIENTO	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ATRIA	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
														SI	NO
12	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3143163709				
13	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3137697152				
14	TI	1069412877	[illegible]	24					NUEVA EPS	SANTA ROSA	3112547437				
15	TI	1085612832	[illegible]	24					NUEVA EPS	SANTA ROSA	3112547437				
16	TI	1085612832	[illegible]	24					NUEVA EPS	SANTA ROSA	3112547437				
17	CC	1083600393	[illegible]	20					[illegible]	[illegible]	3002064986				
18	S/D	SIN DATO	SIN DATO	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3023866586				
19	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3023866586				
20	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3023866586				

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | Vigencia 05-2017

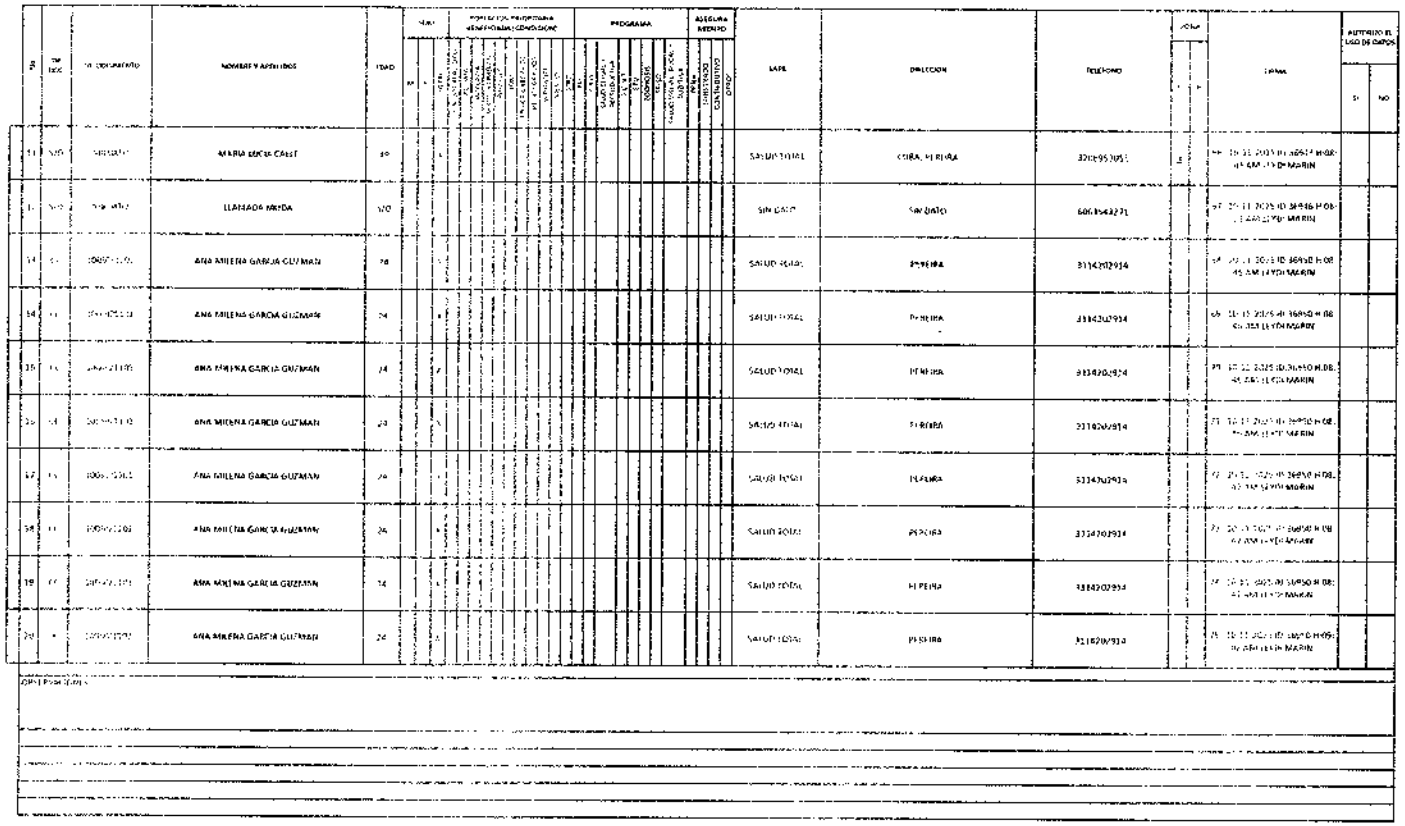
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TIPO DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN DIFERENCIAL (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	[illegible]	CARMEN EMILIA ORTEGA DIAZ	50		X				SALUD TOTAL	PUERTAS DE ALCALA	3225896114			[illegible] MAYERLIN 64		[illegible]
2	CC	[illegible]	CARMEN EMILIA ORTEGA DIAZ	50		X				SALUD TOTAL	PUERTAS DE ALCALA	3225896114			[illegible] MAYERLIN 65		
3	CC	[illegible]	CARMEN EMILIA ORTEGA DIAZ	50		X				SALUD TOTAL	PUERTAS DE ALCALA	3225896114			[illegible] MAYERLIN 66		
4	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D		X				SIN DATO	SIN DATO	3127588747			[illegible] MAYERLIN 67		
5	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D		X				SIN DATO	SIN DATO	3117756809			[illegible] MAYERLIN 68		
6	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D		X				SIN DATO	SIN DATO	3117756803			[illegible] MAYERLIN 69		
7	[illegible]	[illegible]	EVELIN LEONELA RODRIGUEZ SUAREZ	29		X				ASMET SALUD	PEREIRA	3225343950			[illegible] MAYERLIN 70		
8	S/D	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	S/D		X				SIN DATO	SIN DATO	3217742066			[illegible] MAYERLIN 71		
9	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D		X				SIN DATO	SIN DATO	3206151875			[illegible] MAYERLIN 72		
10	CC	[illegible]	LIBIA CONTRERAS	[illegible]		X				SANITAS	LA MARSELLA	3155080842			[illegible] MAYERLIN 73		



3496

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | Vigencia 08-2017

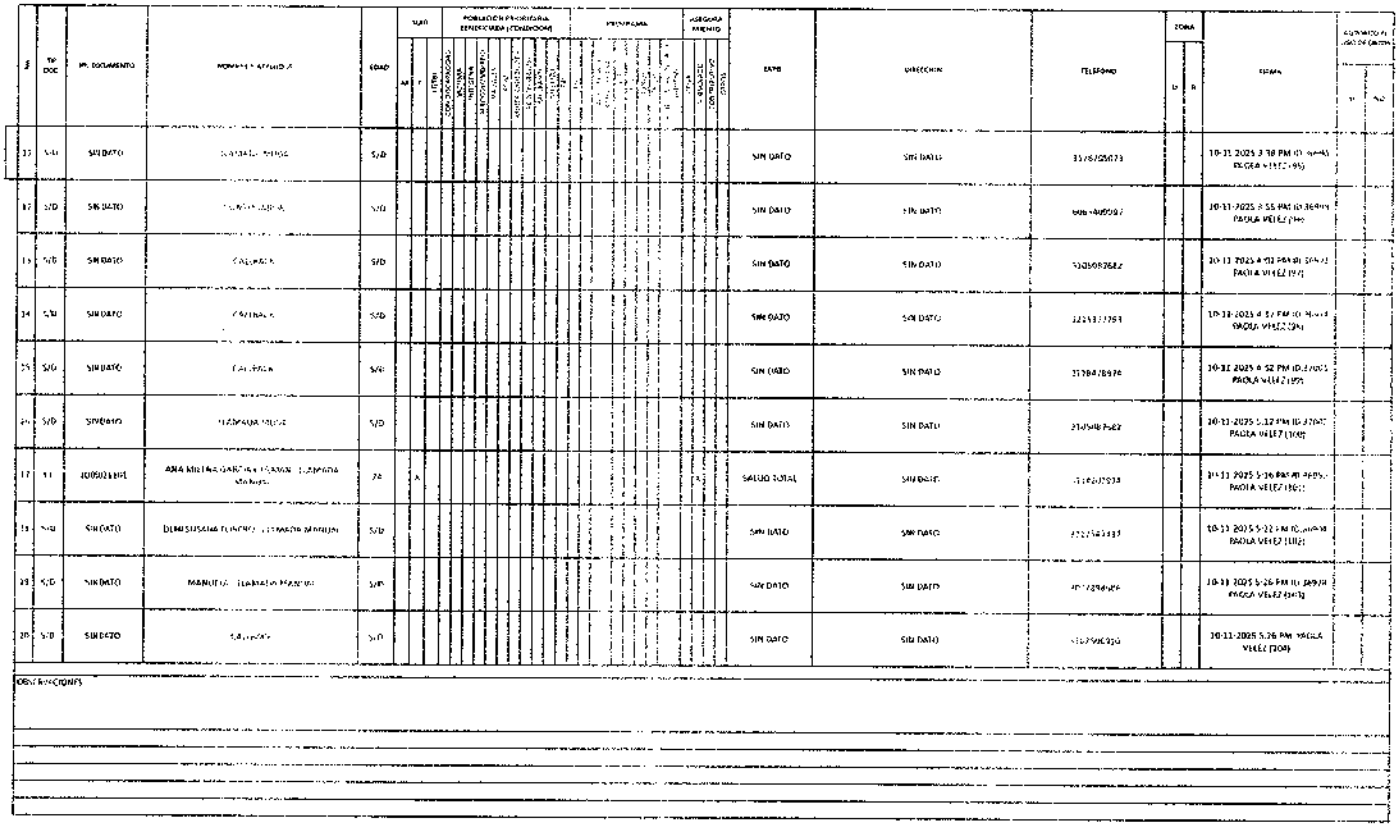
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

Nº	TIPO DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	TOTAL	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZACIÓN USO DE DATOS SI	AUTORIZACIÓN USO DE DATOS NO
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	42	X						SALUD TOTAL	SAN DIEGO, DOSQUEBRADAS	3147171636			76 10-11-2025 [illegible] 35 AM [illegible] MARIN		
2	S/D	SIN DATO	DIANA MARTINEZ	30		X					SIN DATO	BELEN DE UMBRIA	3214455062			77 10-11-2025 [illegible] 46 AM [illegible] MARIN		
3	PP	6410781	BRAYAN DAVID MATEUS MARTINEZ	19			X				SALUD TOTAL	PEREIRA, CIUDAD JARDIN	3226960425			78 10-11-2025 [illegible] 02 AM [illegible] MARIN		
4	PP	6410781	BRAYAN DAVID MATEUS MARTINEZ	19			X				SALUD TOTAL	PEREIRA, CIUDAD JARDIN	3226960425			79 10-11-2025 [illegible] 05 AM [illegible] MARIN		
5	S/D	SIN DATO	CARMEN ROSA	S/D		X					NUEVA EPS	LA CAPILLA, DOSQUEBRADAS	3207621441			80 10-11-2025 [illegible] 36 AM [illegible] MARIN		
6	CC	42017993	LUZ MILA SUÁREZ	59		X					SURA	JAPÓN, DOSQUEBRADAS	3176165185			81 10-11-2025 [illegible] 45 AM [illegible] MARIN		
7	S/D	SIN DATO	HEIDY	32		X					SIN DATO	SIN DATO	3133029157			10-11-2025 2:27 PM [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]		
8	S/D	SIN DATO	HEIDY LLAMADAS [illegible]	32		X					SIN DATO	SIN DATO	3133029157			10-11-2025 2:29 PM [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]		
9	S/D	SIN DATO	HEIDY LLAMADAS [illegible]	31		X					SIN DATO	SIN DATO	3133029157			10-11-2025 2:34 PM [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]		
10	CC	1094590109	[illegible]	40		X				X	SANIDAD	ZARZAL VALLE	3137664426			10-11-2025 2:32 PM [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 09-2017

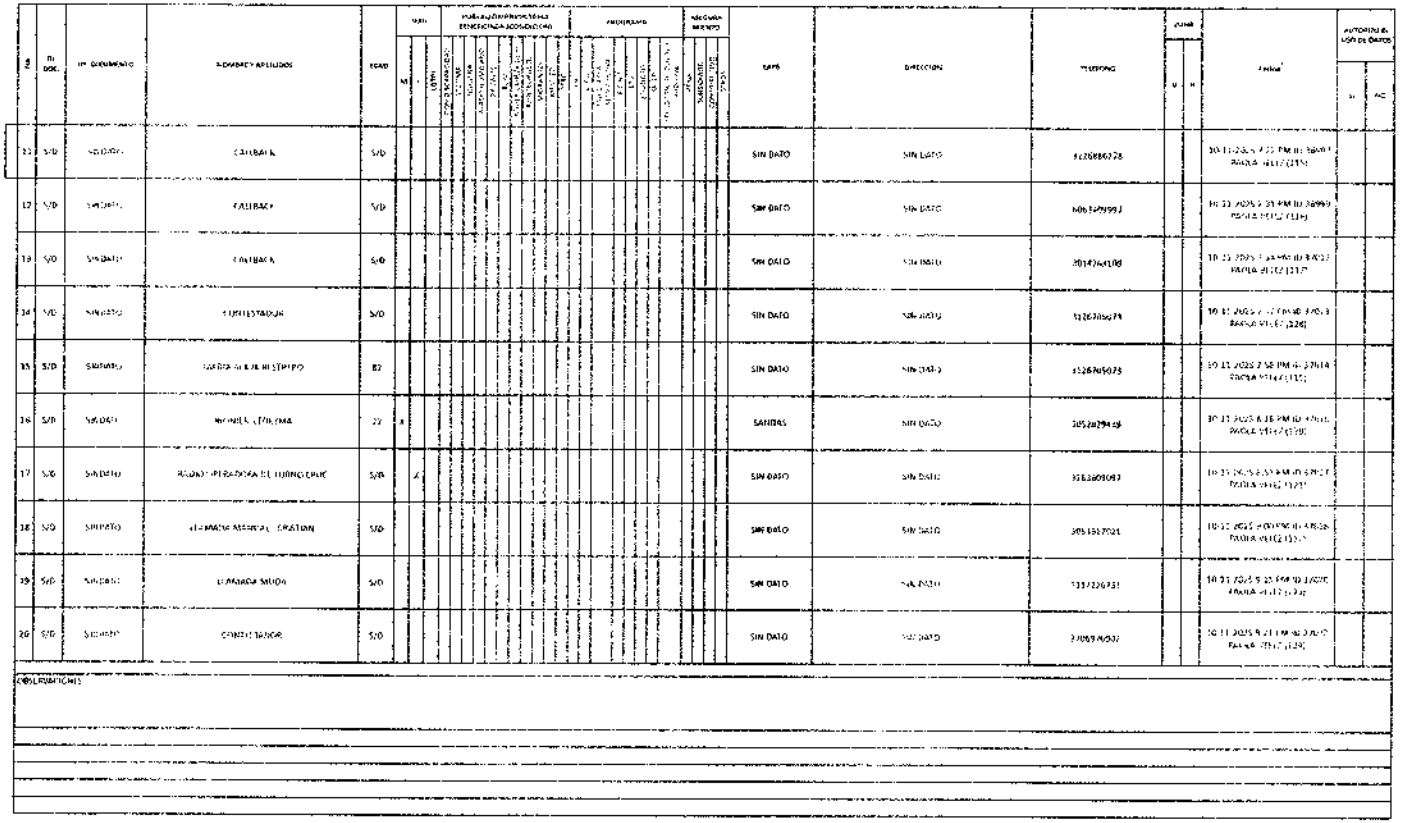
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

N°	TIPO DOC.	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA / PROGRAMA [illegible]	ASEGURAMIENTO [illegible]	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
2	S/D	SIN DATO	JUAN FERNANDO	S/D	x			x	NUEVA EPS	PEREIRA	[illegible]			10-11-2025 5:32 PM ID:37001 PAOLA VELEZ (105)		x
4	S/D	SIN DATO	SONIA SANCHEZ	S/D		x			SIN DATO	CALLE 17 BIS # 35-56 CIUDAD JARDIN	[illegible]			10-11-2025 6:13 PM ID:37005 PAOLA VELEZ (106)		
4	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			10-11-2025 6:26 PM ID:36003 PAOLA VELEZ (107)		
4	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			10-11-2025 6:27 PM ID:37003 PAOLA VELEZ (108)		
5	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			10-11-2025 6:32 PM ID:36981 PAOLA VELEZ (109)		
6	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			10-11-2025 6:37 PM ID:36991 PAOLA VELEZ (110)		
7	S/D	SIN DATO	VIVIANA	S/D		x			SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			10-11-2025 6:39 PM ID:37007 PAOLA VELEZ (111)		
8	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			10-11-2025 6:57 PM ID:36994 PAOLA VELEZ (112)		
9	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			10-11-2025 6:57 PM ID:36994 PAOLA VELEZ (113)		
10	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			10-11-2025 7:04 PM ID:36993 PAOLA VELEZ (114)		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

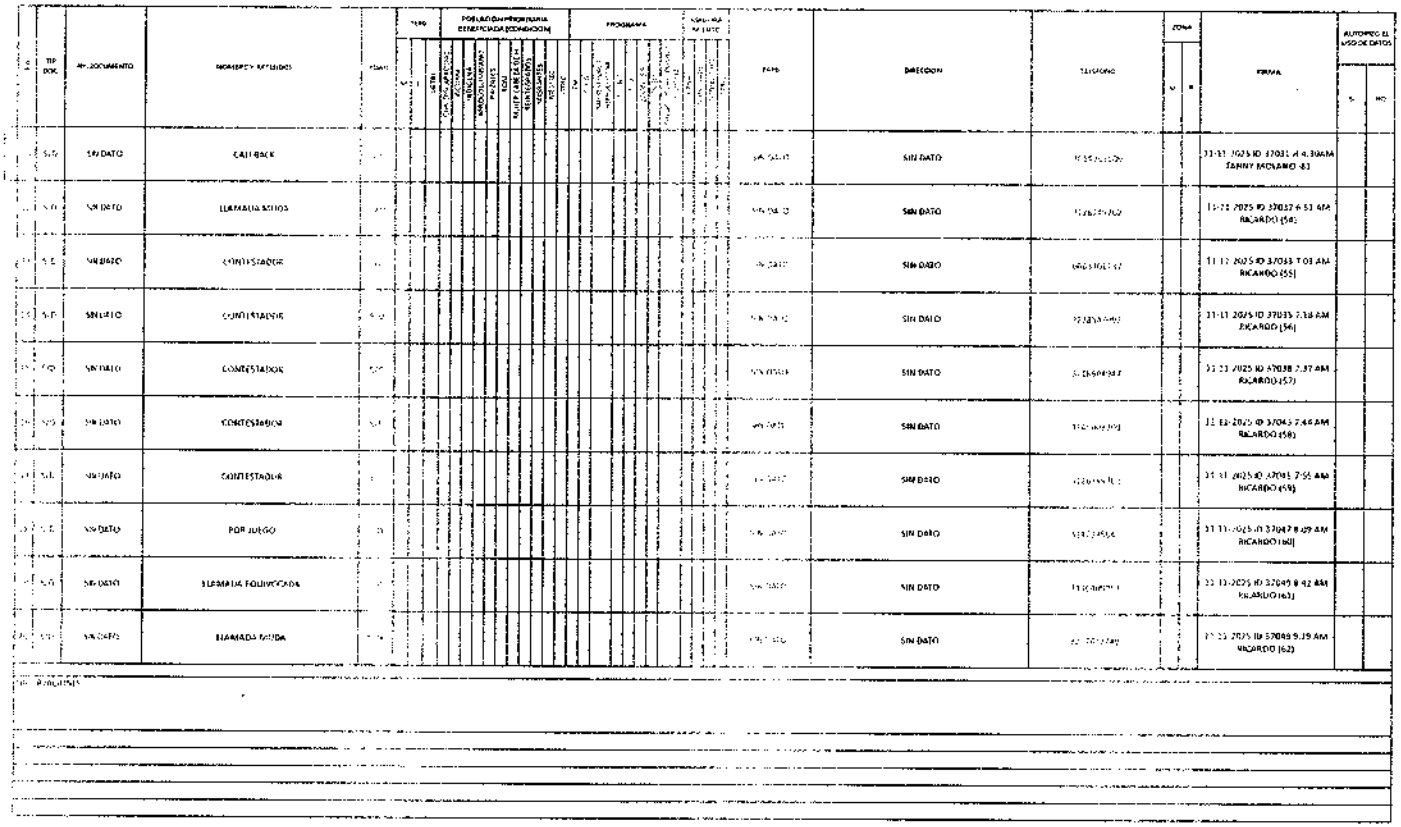
GESTION EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | [illegible] 09-2017

CONTRATISTA. EQUIPO PSICOLOGÍA
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ATENCION LINEA AMIGA
FECHA. NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR PEREIRA

N°	Tipo Doc	N° Documento	Nombre y Apellidos	Edad	Sexo M	Sexo F	Población prioritaria / Programa / Aseguramiento	EAPB	Dirección	Teléfono	Zona U	Zona R	Firma	Autoriza uso de datos Sí	Autoriza uso de datos No
1	S/D	SIN DATO	MARIA EUGENIA					SIN DATO	SIN DATO	3205976962			10.11.2025 [illegible]		[illegible]
2	S/D	SIN DATO	MICHELL ALEJANDRA	24		X		SIN DATO	[illegible]	3133065096			10.11.2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
3	S/D	SIN DATO	[illegible] (CRISTIAN CAMINO GUTIERREZ)	38	X			SIN DATO	PEREIRA	3117226734			10.11.2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
3	S/D	SIN DATO	[illegible] MANUEL KRISTIAN	S/D	X			SIN DATO	PEREIRA	3051937921			10.11.2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
5	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3136749634			10.11.2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
6	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3115942797			10.11.2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
7	S/D	SIN DATO	CAROLINA	42		X		SURA	PEREIRA	3104517834			10.11.2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
8	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3136705073			11.11.2025 [illegible] AM FANNY MOLANO [illegible]		
9	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3162533362			11.11.2025 [illegible] AM FANNY MOLANO [illegible]		
9	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3143815475			11.11.2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		


TIPO DOC.
NUMERO DOCUMENTO
NOMBRES Y APELLIDOS
EDAD
TIPO
SEXO
POBLACION PRIORITARIA ESTRATIFICADA (COMBINADO)
PROGRAMA
ESPECIALIDAD MEDICO
PAIS
DIRECCION
TELEFONO
ZONA
U
R
FIRMA
AUTORIZO EL USO DE DATOS
SI
NO
SIN DATO
CALI BACK
LLAMADA SOLTOS
CONTESTADOR
CONTESTADOR
CONTESTADOR
CONTESTADOR
CONTESTADOR
POR JUEGO
LLAMADA FOLLOWEADA
LLAMADA MUDA
11-11-2025 ID 37031 8:30AM
SANNY (RICHARD -83
11-11-2025 ID 37037 8:53 AM
RICARDO (54)
11-11-2025 ID 37033 T 03 AM
RICARDO (55)
11-11-2025 ID 37035 7:18 AM
RICARDO (56)
11-11-2025 ID 37038 7:37 AM
RICARDO (57)
11-11-2025 ID 37043 7:46 AM
RICARDO (58)
11-11-2025 ID 37041 7:55 AM
RICARDO (59)
11-11-2025 ID 37047 8:09 AM
RICARDO (60)
11-11-2025 ID 37049 8:42 AM
RICARDO (61)
11-11-2025 ID 37048 9:19 AM
RICARDO (62)

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 07 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	No. DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M / F / INTER / DIS SENSORIAL / DIS COGNITIVA / VICTIMAS / HABITANTE DE CALLE / ADULTO MAYOR / ETNIAS / LGBTI / GESTANTE / NNA / OTRA / CUAL?	SALUD MENTAL / SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA / VIH / TB / LEPRA / ENFERMEDADES CRONICAS / ENFERMEDADES TRANSMISIBLES / OTRA / CUAL?	CONTRIBUTIVO / SUBSIDIADO / VINCULADO / PARTICULAR / OTRO				U	R		SI	NO
1	CC	1088348350	[illegible]	45	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	COOMEVA SALUD	CALLE 67 #4-13 [illegible]	3106268453			[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	6803401737			[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3238547895			[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3006455180			[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3218904842			[illegible]	[illegible]	[illegible]
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3054914721			[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	38	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3117736731			[illegible]	[illegible]	[illegible]
8	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3145983709			[illegible]	[illegible]	[illegible]
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3147443762			[illegible]	[illegible]	[illegible]
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3238944837			[illegible]	[illegible]	[illegible]

No.	No. DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA (PERTENENCIA ETNICA/RACIAL)	PERTENENCIA	ASESORÍA VOLUNTE	PAÍS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA	FIRMA	¿SE TOMARON LOS DATOS?	
														SI	NO
17	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID [illegible] 11 SE ESP RICARDO [illegible]		
18	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID [illegible] 1805 MAYERLIN [illegible]		
19	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID [illegible] 1857 MAYERLIN [illegible]		
20	S/D	42912 010	NOHEMI FRIERSON ARIAS VIDALES	55					SDS	SALAMANCA	[illegible]		13 11 2025 ID [illegible] 150 MAYERLIN [illegible]		
21	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID [illegible] 2021 MAYERLIN [illegible]		
22	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID [illegible] 2047 MAYERLIN [illegible]		
23	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID [illegible] 1721 MAYERLIN [illegible]		
24	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID [illegible] 2224 MAYERLIN [illegible]		
25	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID [illegible] 1721 MAYERLIN [illegible]		
26	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID [illegible] 1721 MAYERLIN [illegible]		

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTION EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

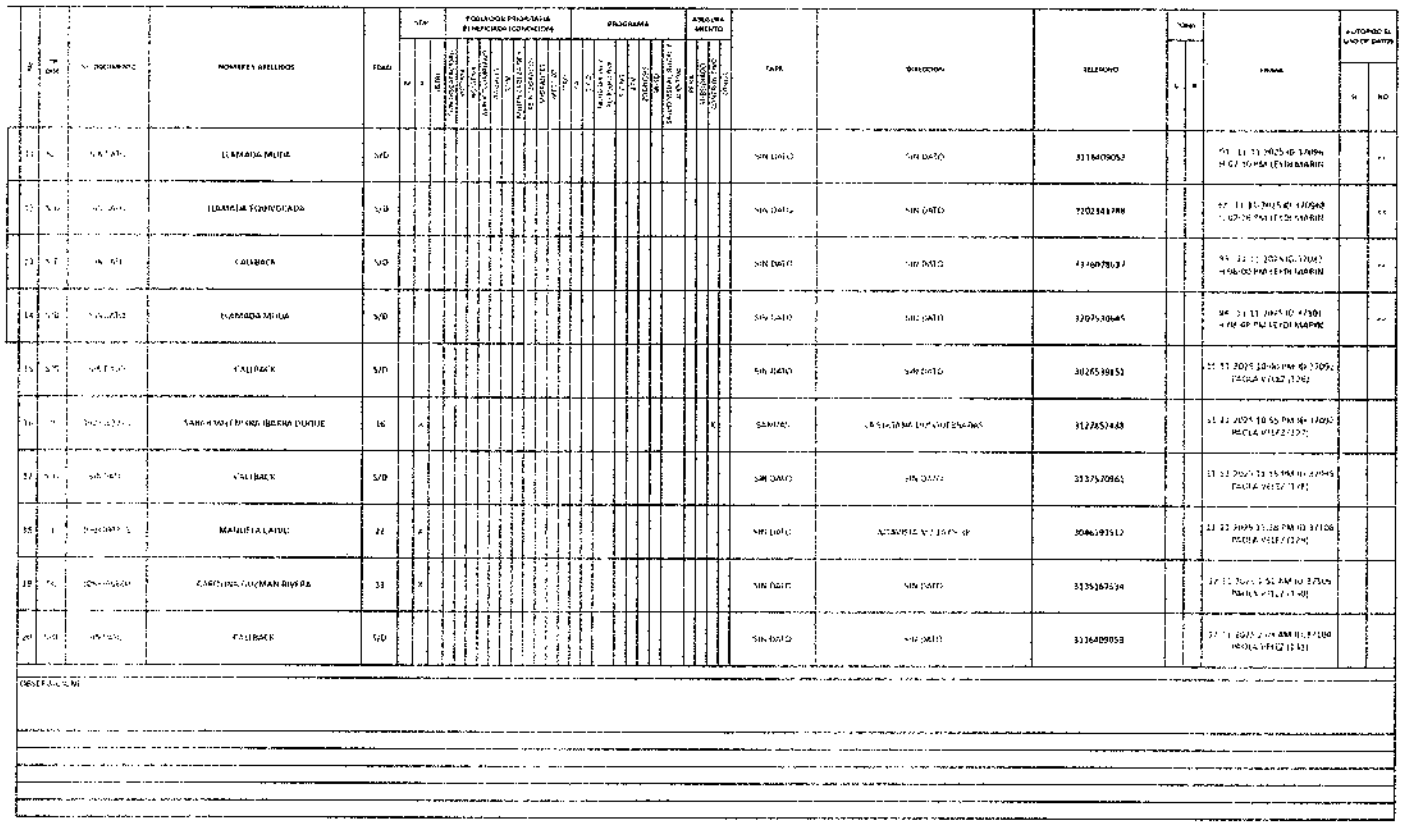
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

Nº	DIA DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA	ANOMALIA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
														SI	NO
1	SAB	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	-					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		[illegible]		X
2	SAB	SIN DATO	LLAMADA MUDA	-					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		[illegible]		X
3	SAB	SIN DATO	LLAMADA MUDA	-					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		[illegible]		X
4	SAB	SIN DATO	MARICELA VALLEJO ROS	42					SALUD TOTAL	EL PRADO 1ER. PISO CONSULTORIOS	[illegible]		[illegible]		X
5	SAB	SIN DATO	CALLBACK	-					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		[illegible]		X
6	SAB	SIN DATO	CONTESTADOR	-					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		[illegible]		X
7	SAB	SIN DATO	CALLBACK	-					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		[illegible]		X
8	SAB	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	-					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		[illegible]		X
9	SAB	SIN DATO	GUSTAVO	17					SIN DATO	DOSQUEBRADAS	[illegible]		[illegible]		X
10	SAB	SIN DATO	DIEGO RUIZ	31					SALUD TOTAL	SECTOR PEREIRA	[illegible]		[illegible]		X



3500

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 09-2017

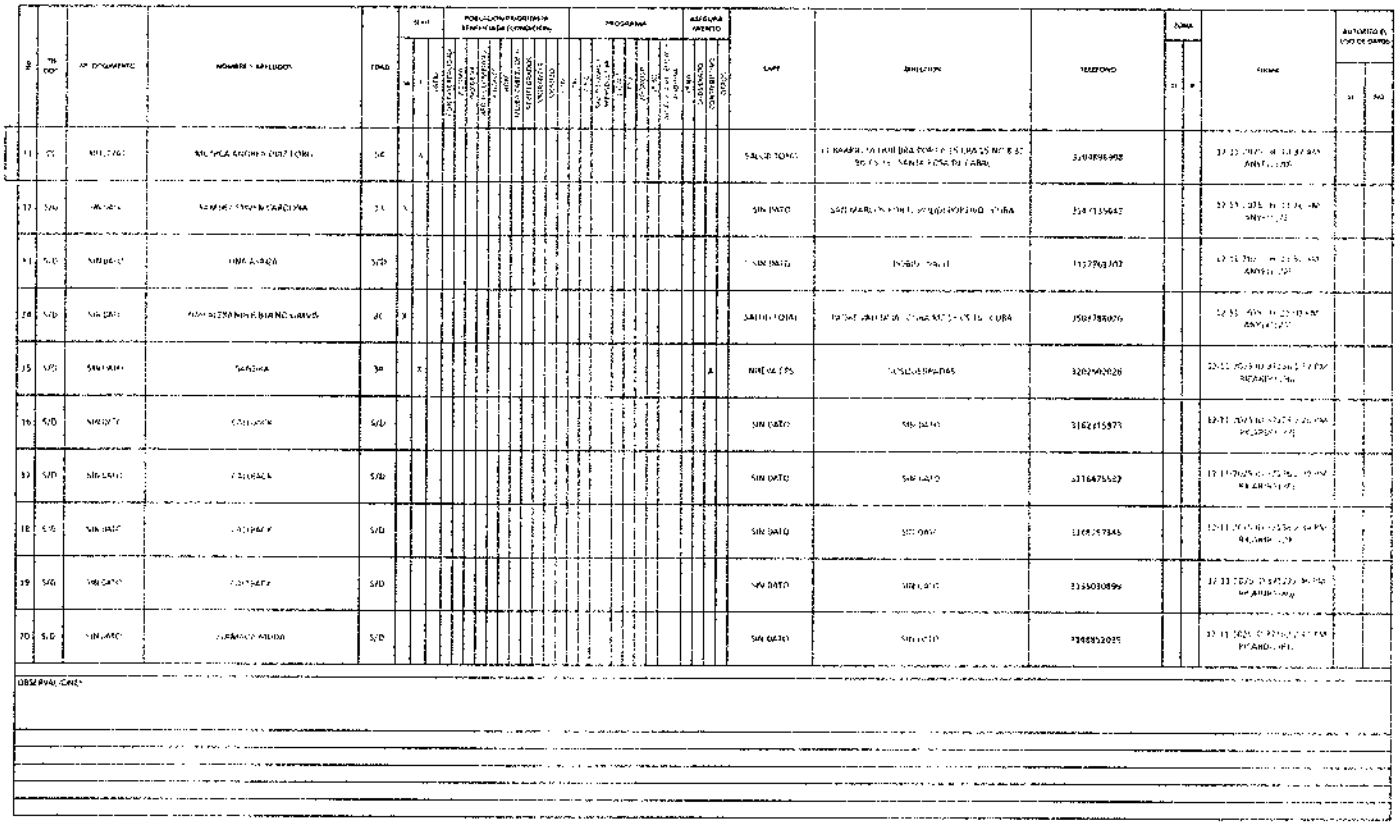
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIPO DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	PAIS		POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)												PROGRAMA											ASEGURAMIENTO			CAPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					COLOMBIA	EXTRANJERO	NINGUNA	DESPLAZADO	DESMOVILIZADO	VICTIMA	VICTIMA ATENTADOS TERRORISTAS	ROM	VICTIMAS CONFLICTO ARMADO	DESPLAZADOS INTERNOS	INDIGENA	AFRO	OTRO CUAL?	NINGUNO	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	VIH	TUBERCULOSIS	LEPRA	ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	SALUD ORAL	SALUD VISUAL	SALUD AUDITIVA	SALUD MENTAL	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO				U	R		SI	NO
1	CC	SIN DATO	[illegible]	[illegible]																												SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			12-11-2025 H 01:04 AM ANYELI [60]		
2	CC	SIN DATO	ADRIA [illegible]	[illegible]																												SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			12-11-2025 H 07:38 AM ANYELI [61]		
3	CC	SIN DATO	[illegible]	[illegible]																												SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			12-11-2025 H 07:54 AM ANYELI [62]		
4	CC	SIN DATO	USUARIO NO ATENDIDO [illegible]	[illegible]																												SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			12-11-2025 H 07:59 AM ANYELI [63]		
5	TI	1095268905	MARIANA SOFIA MARTINEZ ANGEL	[illegible]	X																											VALLE TOTAL	EL HORADO I - CUBA MZ 4 CS 1	[illegible]			12-11-2025 H 08:16 AM ANYELI [64]		
6	CC	1088298605	[illegible]	[illegible]	X																											VALLE TOTAL	PADRE VALENCIA CUBA MZ 15 CS 11 CUBA	[illegible]			12-11-2025 H 08:57 AM ANYELI [65]		
7	CC	SIN DATO	USUARIO NO ATENDIDO [illegible]	[illegible]	X																											VALLE TOTAL	PADRE VALENCIA CUBA MZ 15 CS 16 CUBA	[illegible]			12-11-2025 H 10:09 AM ANYELI [66]		
8	CC	SIN DATO	USUARIO NO ATENDIDO [illegible]	[illegible]	X																											VALLE TOTAL	PADRE VALENCIA CUBA MZ 15 CS 16 CUBA	[illegible]			12-11-2025 H 10:26 AM ANYELI [67]		
9	CC	1088298605	[illegible]	[illegible]	X																											VALLE TOTAL	PADRE VALENCIA CUBA MZ 15 CS 16 CUBA	[illegible]			12-11-2025 H 10:31 AM ANYELI [68]		
10	CC	1088298605	[illegible]	[illegible]	X																											VALLE TOTAL	PADRE VALENCIA CUBA MZ 15 CS 16 CUBA	[illegible]			12-11-2025 H 10:28 AM ANYELI [69]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

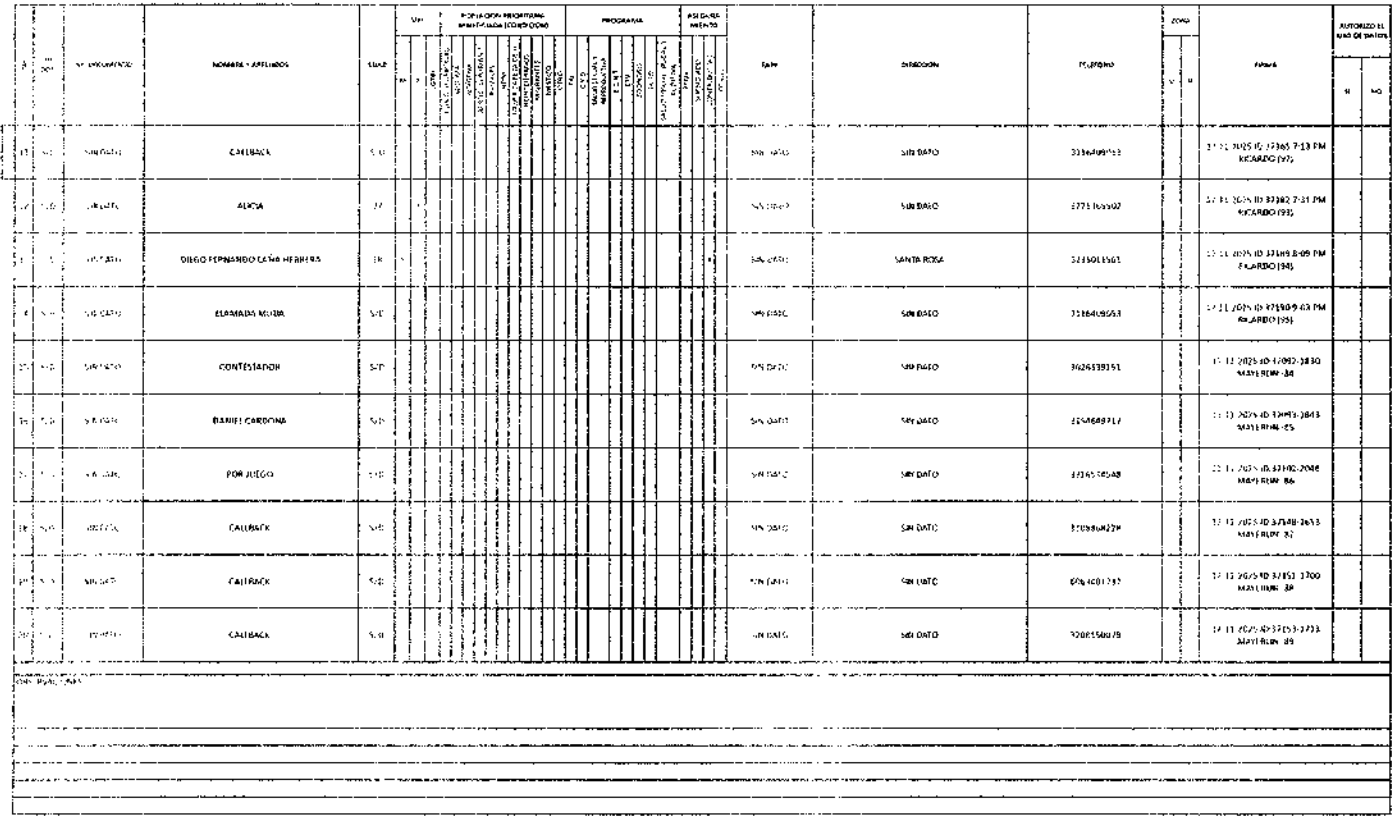
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 05-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIPO DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIONES PRIORITARIAS ATENDIDAS/CONDICIONES	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	CAPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA	BARRIO	AUTORIZACIÓN USO DE DATOS
1	SIN DATO	SIN DATO	CALLBACK	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	4108926914		[illegible]	
2	SIN DATO	SIN DATO	CALLBACK	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	3350622243		[illegible]	
3	SIN DATO	SIN DATO	CALLBACK	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	3128413134		[illegible]	
4	SIN DATO	SIN DATO	CALLBACK	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	3128702340		[illegible]	
5	CC	1088[illegible]2	ANGIE YORSENA ARBELAEZ CORTES	24				SUBSIDIADO	ASSMET SALUD	NUEVA MANIZALES TORRE 25 APTO 501 URBANIZACION	3136981177		[illegible]	
6	SIN DATO	SIN DATO	CALLBACK	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	3147[illegible]2		[illegible]	
7	TI	1088[illegible]0	KELLY DAYANA HURTADO MONTAÑO	16				CONTRIBUTIVO	COMFAMILIAR	CR 8 #21 LA MARIANITA PEREIRA	3046247[illegible]11		[illegible]	
8	SIN DATO	SIN DATO	LLAMADA PERDIDA	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	3135828[illegible]3		[illegible]	
9	CC	1088[illegible]7	MARIANA	20					SALUD TOTAL	PANORAMA CUBA PEREIRA	3123921[illegible]4		[illegible]	
10	SIN DATO	SIN DATO	LISSAR	SIN DATO					SIN DATO	SANTAROSA	3164[illegible]373		[illegible]	


CALLBACK
ALICIA
DIEGO FERNANDO CEÑA HERRERA
ELIANA MARIA MUNA
CONTESTADOR
DANIEL CARDONA
POR JUEGO
CALLBACK
CALLBACK
CALLBACK

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 03 | Vigencia: 26-09-17

CONTRATISTA: EQUIPO PSICÓLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LÍNEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LÍNEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TIP DOC	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M / F / LGTBI	POBLACIÓN VULNERABLE O DIFERENCIADA: CONDICIÓN DISCAPACIDAD; VÍCTIMA; INDÍGENA; AFRODESCENDIENTE; ROM; MUJER GESTANTE; HABITANTE DE CALLE; MIGRANTE; CAMPESINO	PROGRAMA: PRIMERA INFANCIA; INFANCIA; ADOLESCENCIA; JUVENTUD; ADULTEZ; VEJEZ; SALUD MENTAL; SEXUALIDAD; VIH; VIOLENCIA INTRAFAMILIAR; CONSUMO SPA; ENFERMEDADES CRÓNICAS; ENFERMEDADES TRANSMISIBLES; ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES; SALUD AMBIENTAL; SALUD LABORAL; SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES; SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	ADECUADO ALMACENAMIENTO: MEDICAMENTOS; BIOLÓGICOS; CADENA DE FRÍO	CAPS	BARRIO/VEREDA	TELÉFONO	ZONA: U / R	FIRMA	ACTIVIDAD REALIZADA: SI / NO
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3209540089		FIRMADO		
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3163213849		FIRMADO		
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3163254826		FIRMADO		
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3127174484		FIRMADO		
5	CC	1103847152	[illegible]	18					SIN DATO	SIN DATO	3127123449		FIRMADO		
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3235011561		FIRMADO		
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3233651785		FIRMADO		
8	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3145086571		FIRMADO		
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	19					SIN DATO	ANSERMA NUEVO	3137741657		FIRMADO		
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3205389416		FIRMADO		

N°	TIPO DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORIZADA	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO SI	AUTORIZO NO
11	S/D	SIN DATO	[illegible] MARIA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]37			95 12-11-2025 ID 37197 H 10:24 PM LEYDI MARIN		
12	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	33374[illegible]7			96 12-11-2025 ID 37184 H 11:15 PM LEYDI MARIN		
13	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]406632			97 12-11-2025 ID 37194 H 11:20 PM LEYDI MARIN		
14	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]6834			98 12-11-2025 ID 37195 H 11:52 PM LEYDI MARIN		
15	S/D	SIN DATO	[illegible] SIN NOVEDADES	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]506473			99 13-11-2025 ID 37155 H 02:55 AM LEYDI MARIN		
16	S/D	SIN DATO	[illegible] SIN NOVEDADES	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]			13-11-2025 ID 37194 H 08:05 AM FANNY MOLANO 42		
17	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]7071			13-11-2025 ID 37018 9:07 AM RICARDO (96)		
18	S/D	SIN DATO	[illegible]	56		X				SIN DATO	[illegible]	[illegible]			13-11-2025 ID 37200 H 8:53 AM FANNY MOLANO 83		
19	S/D	SIN DATO	MARTHA [illegible]	60		X				SIN DATO	[illegible]	3[illegible]706			13-11-2025 ID 37200 H 09:24 AM FANNY MOLANO 54		
20	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]80[illegible]			13-11-2025 ID 37204 9:39 AM RICARDO (97)		

OBSERVACIONES:

Versión 01 | Vigencia 05-2017

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

N°	TIPO DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID 37208 10:02 AM RICARDO (98)		[illegible]
2	S/D	SIN DATO	SAMANZA	[illegible]	[illegible]				SIN DATO	QUINCHIA	[illegible]		13 11 2025 ID 37206 H 9:56 FANNY MOLANO - 85		
3	S/D	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID 37212 10:15 AM RICARDO (99)		
4	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID 37215 11:17 AM RICARDO (100)		
5	[illegible]	[illegible]	EVELIN [illegible] RODRIGUEZ [illegible]	[illegible]	X				ASMET SALUD	PEREIRA	[illegible]		13 11 2025 ID 37214 H 11:01 FANNY MOLANO - 86		
6	CC	[illegible]	DIEGO ALEXANDER [illegible] OSPINA	[illegible]	X			X	[illegible]	BARRIO SAN DIEGO DOSQUEBRADAS	[illegible]		13 11 2025 ID 37216 11:28 AM RICARDO (101)		
7	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID 37217 H 12:27 FANNY MOLANO - 87		
8	S/D	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID 37219 H 12:46 FANNY MOLANO - 88		
9	S/D	SIN DATO	MAURICIO OSPINA	[illegible]	X				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		13 11 2025 ID 37218 12:44 PM RICARDO (102)		
10	S/D	SIN DATO	EMILY SAMANTA ARREDONDO [illegible]	[illegible]	X				SIN DATO	GUATICA	[illegible]		13 11 2025 ID 37220 H 12:54 FANNY MOLANO - 89		

3503

Nº	TIP DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO		POBLACION PERTENECIENTE A GRUPO BENEFICIADA (CONDICION)																		PROGRAMA																		ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		HUELLA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	CONVIVENCIA CON DISCAPACIDAD	CUIDADOR DE PERSONA CON DISCAPACIDAD	DESPLAZADO	VICTIMA DE VIOLENCIA	INDIGENA	AFRO	ROM	PALENQUERO	RAIZAL	MADRE GESTANTE	MADRE LACTANTE	MENOR DE 1 AÑO	MENOR DE 5 AÑOS	MENOR DE 10 AÑOS	MAYOR DE 60 AÑOS	VIH	ERC	DIABETES	HTA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	PLANIFICACION	T.F.M.I	ETV	ZOONOSIS	SALUD VISUAL	SALUD AUDITIVA	ORAL	ANEMIA	DESNUTRICION	OBESIDAD	CRONICIDAD	VIH/SIDA	TUBERCULOSIS	LEPRA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO			U	R		SI	NO
11	S/D	[illegible]	[illegible]	45	X																																					SIN DATO	[illegible]	3126456378			[illegible]		
12	S/D	[illegible]	[illegible]	45	X																																					SIN DATO	[illegible]	3126456378			[illegible]		
13	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																							SIN DATO	[illegible]	3163354055			[illegible]		
14	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																							SIN DATO	[illegible]	3103634655			[illegible]		
15	S/D	[illegible]	[illegible]	49	X																																					SIN DATO	[illegible]	3126456378			[illegible]		
16	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																							SIN DATO	[illegible]	3234051185			[illegible]		
17	TI	[illegible]	[illegible] MARQUEZ	14	X																																						SOMBRERO DE PAJA	[illegible]	3107168873			[illegible]		
18	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																								SIN DATO	[illegible]	3135391537			[illegible]		
19	S/D	[illegible]	[illegible]	46	X																																							SIN DATO	[illegible]	3126456378			[illegible]		
20	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																								SIN DATO	[illegible]	3206940431			[illegible]		

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN En SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

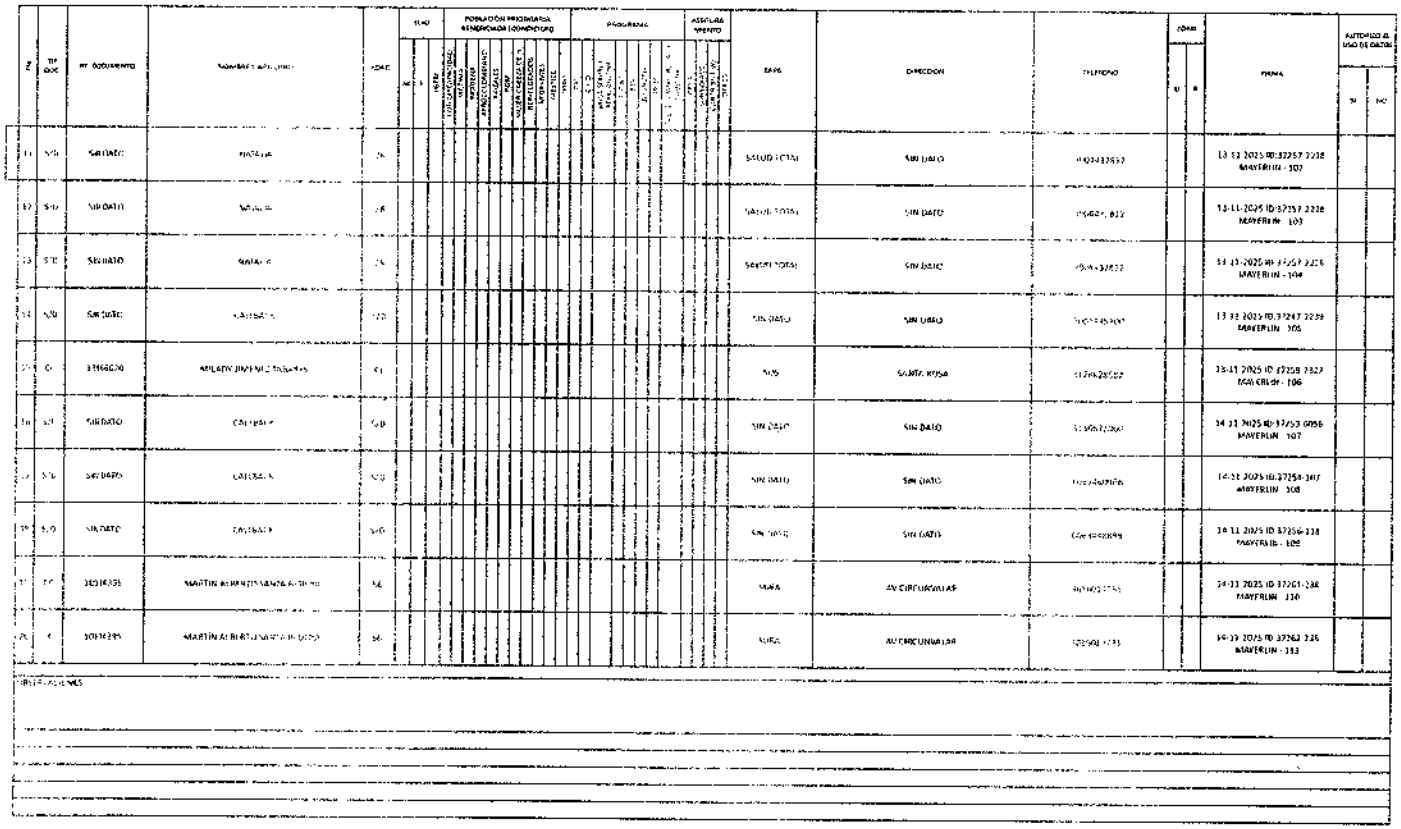
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

Nº	TIPO DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIONES PRIORITARIAS Y/O AFECTACIÓN (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		OBSERVACIÓN	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M / F							U	R		SI	NO
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	3153375025			[illegible]		X
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	3105187190			[illegible]		
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	3105187190			[illegible]		
4	TI	1053812985	[illegible]	13	F				SANITAS	[illegible]	3003335971			[illegible]		
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	3235792463			[illegible]		
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	3134451184			[illegible]		
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	14	M				SIN DATO	[illegible]	3136738100			[illegible]		
8	CC	1088344916	[illegible]	28	F				COOPSALUD	[illegible]	3022814520			[illegible]		
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	3116054649			[illegible]		
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	28					SALUD TOTAL	[illegible]	3004132612			[illegible]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 04-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

Ítem	TIP Doc.	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURA MIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA	FECHA	AUTORIZA USO DE DATOS	
														SI	NO
1	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	S/D		14-11-2025 01:07:05 AM ANYELI (90)		X
2	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	S/D		14-11-2025 8:19 AM ID 37266 PAOLA VELEZ (132)		
3	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	S/D		14-11-2025 9:26 AM ID 37269 PAOLA VELEZ (133)		
4	CC	1192...	MILADY IMELDA CASTRO	31	X				EPS	SANTA ROSA DE CABAL	3...		14-11-2025 01:00:00 AM ANYELI (95)		
5	S/D	SIN DATO	MARIANA	14	X				SIN DATO	CUCUYGUABRADAS LA PRADERA	S/D		14-11-2025 10:01 AM ID 37270 PAOLA VELEZ (134)		
6	S/D	SIN DATO	JOSE	S/D	X				SIN DATO	SIN DATO	S/D		14-11-2025 10:27 AM ID 37271 PAOLA VELEZ (135)		
7	S/D	SIN DATO	ROSA	19	X				S/D	PEREIRA	S/D		13-11-2025 11:25 AM ANYELI (93)		
8	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	S/D		14-11-2025 11:35 AM ID 37275 PAOLA VELEZ (136)		
9	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	S/D		14-11-2025 11:35 AM ID 37276 PAOLA VELEZ (137)		
10	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	S/D		14-11-2025 11:12:16 PM ANYELI (94)		

No.	No. Orden	No. Documento	Nombre y Apellido	Edad	Sexo			Población Prioritaria (Embarazada / Lactancia)														Programas										Asegurado Indígena			Zona		Parish	Autoriza el uso de datos	
					M	F	Inter.	Lactancia	Gestante	Adolescente	Adulto Mayor	Discapacidad	Enfermedad Catastrófica	Enfermedad Huérfana	Enfermedad Rara	Enfermedad Ruta Crítica	Enfermedad Terminal	Enfermedad Transmisible	Enfermedad Vulnerable	Ninguna	Tb	Vih / Sida	Hta	Dm	Erc	Obesidad	Salud Sexual Y Reproductiva	Salud Visual Y Auditiva	Otros	Ninguno	Asegurado	Beneficiario	Ninguno	U	R		Si	No
11	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D	X																															
12	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																
13	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																
14	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																
15	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																
16	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																
17	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																
18	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																
19	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																
20	S/D	[illegible]	[illegible]	S/D																																

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | Vigencia 08-2021

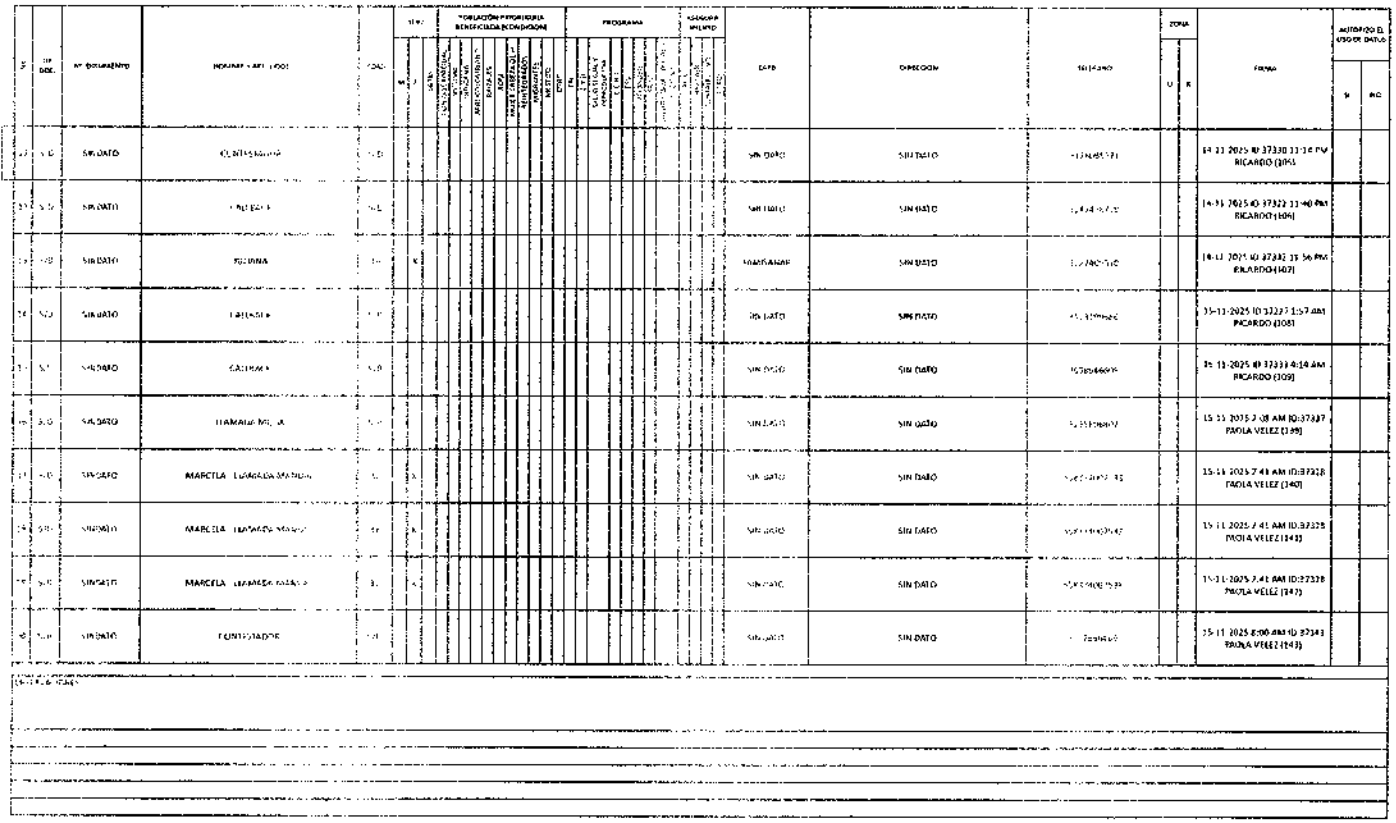
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

N°	TIP DOC.	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	S/D	SIN DATO	CALIBACA	S/D						SIN DATO	[illegible]	[illegible]			14-11-2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		[illegible]
2	S/D	SIN DATO	CALIBACA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3248291331			14-11-2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
3	S/D	SIN DATO	CALIBACA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			14-11-2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
4	S/D	SIN DATO	CALIBACA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			14-11-2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			14-11-2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
6	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]		X				SIN DATO	[illegible]	[illegible]			14-11-2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
7	S/D	SIN DATO	CALIBACA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3226534548			14-11-2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
8	S/D	SIN DATO	CALIBACA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3124754160			14-11-2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]		
9	S/D	SIN DATO	CALIBACA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			14-11-2025 [illegible]		
10	S/D	SIN DATO	CALIBACA	S/D						SIN DATO	[illegible]	[illegible]			14-11-2025 [illegible]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 03-2017

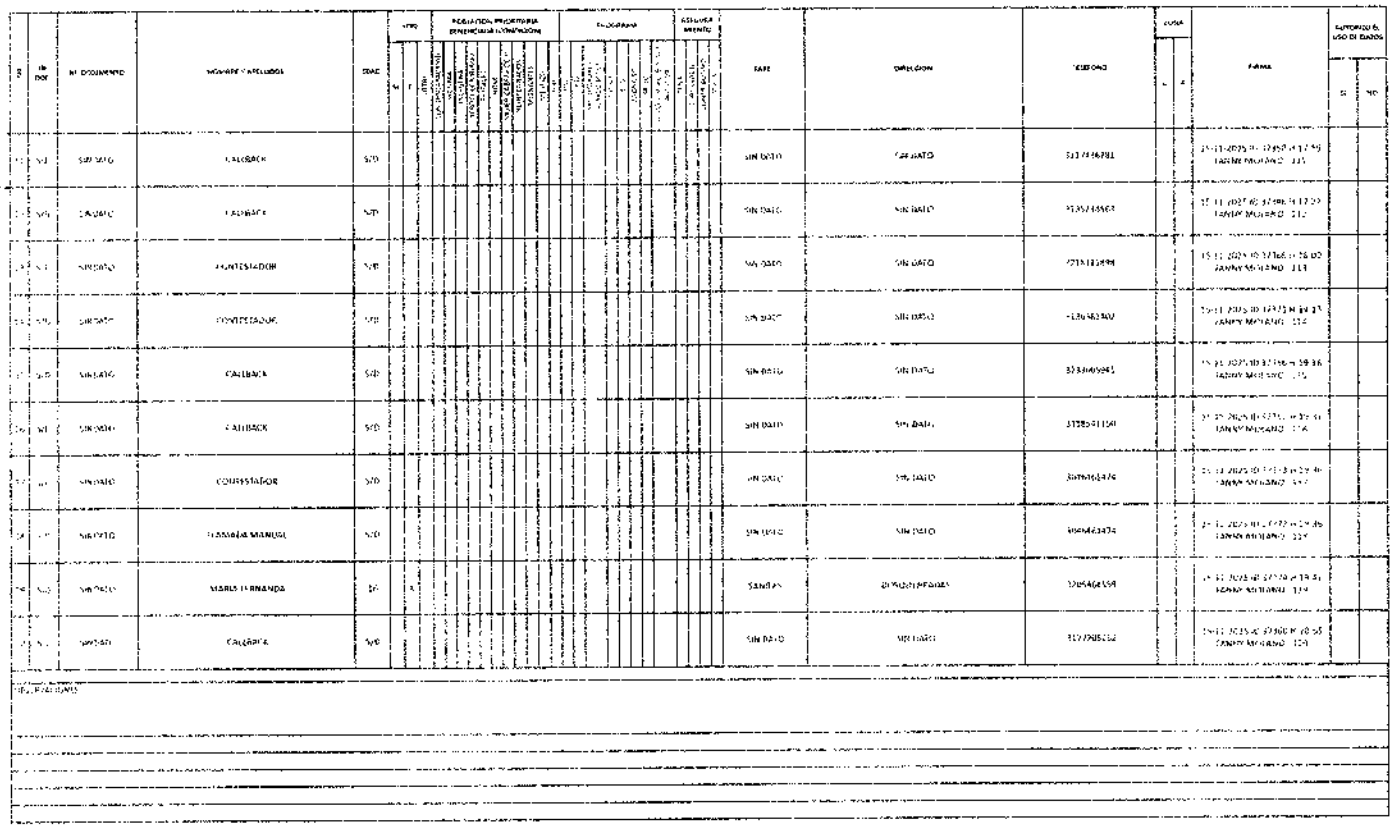
CONTRATISTA: COMPU PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	Tipo Doc	No. Documento	Nombre y Apellidos	Edad	Sexo	Población a Intervenir Priorizada (Condición)	Programa	Asegurado Vacante	Tipo	Dirección	Teléfono	Zona	Cabina	Autorizo el uso de datos	
					M / F							U / R		SI	NO
1	S.D	SIN DATO	FALLBACK	S.D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		15 11 2025 9 57 AM ID 37336 PAOLA VELEZ (446)		
2	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		15 11 2025 1 53 PM ID 37350 PAOLA VELEZ (345)		
3	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		100 45 11 2025 ID 37439 H 07 11 AM LEYDI MARIN		
4	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		3 12 15 11 2025 ID 37402 H 08 41 AM LEYDI MARIN		
5	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		102 1 11 2025 ID 37342 H 08 31 AM LEYDI MARIN		
6	S.D	SIN DATO	LLAMADAS DE PRUEBA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		1 11 15 11 2025 ID 37345 H 11 10 AM LEYDI MARIN		
7	CC	1088[illegible]9	ISABEL PEREZ OCAMPO	30	F				SANTA ISABEL	LINEA AMIGA, DOSQUEBRADAS	[illegible]		104 15 11 2025 ID 37487 H 01 53 AM LEYDI MARIN		
8	S/D	SIN DATO	SUZMILA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		3 11 11 2025 1 04 PM ID 37351 PAOLA VELEZ (446)		
9	S/D	9201[illegible]2053	MARIA LUZMILA LOPEZ YELA	92	F				PEREIRA	DOSQUEBRADAS	[illegible]		14 11 2025 ID 37369 H 11 26 TENNY MUNARIZ 195		
10	S/D	SIN DATO	JUAN DAVID	26	M				S.O.S	PEREIRA	[illegible]		14 11 2025 ID 37350 H 11 54 TENNY MUNARIZ 195		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTION EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | Aprobación 05 2017 [illegible]

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

N°	TIP DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D			SIN DATO	SIN DATO	[illegible]55047			15-11-2025 [illegible] TAMMY MOLANO [illegible]
2	CC	[illegible]	[illegible]	45	X		ASMETSALUD	DOSQUEBRADAS	[illegible]			15-11-2025 [illegible] TAMMY MOLANO [illegible]
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D			SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			15-11-2025 [illegible] ANYELI [illegible]
4	TI	1028946766	[illegible]	15	X		SALUD TOTAL	BELLO HORIZONTE [illegible]	[illegible]			15-11-2025 [illegible] ANYELI [illegible]
5	TI	[illegible]	[illegible]	45	X		SALUD TOTAL	BELLO HORIZONTE [illegible]	[illegible]			16-11-2025 [illegible] AM ANYELI [illegible]
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D			SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 [illegible] AM ANYELI [illegible]
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D			SIN DATO	SIN DATO	[illegible]7489			16-11-2025 [illegible] AM ANYELI [illegible]
8	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D			SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 [illegible] AM ANYELI [illegible]
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D			SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 [illegible] AM ANYELI [illegible]
10	S/D	SIN DATO	USUARIO [illegible]	S/D			SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 [illegible] AM ANYELI [illegible]

No	TIP DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO (M / F / LGBTI)	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) (CON DISCAPACIDAD / VÍCTIMA / INDÍGENA / AFRODESCENDIENTE / RAIZALES / ROM / MUJER CABEZA DE HOGAR / REINTEGRADOS / MIGRANTES / MESTIZO / OTRO)	PROGRAMA	[illegible]	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
11	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 H 05:22 AM ANYELI (103)		
12	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 ID:37389 602 MAYERLIN - 112		
13	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 ID:37385-614 MAYERLIN - 113		
14	S/D	SIN DATO	LLAMADA COMPLICADA	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 ID:37385-614 MAYERLIN - 114		
15	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 ID:37394 756 MAYERLIN - 115		
16	S/D	SIN DATO	GERMAN	[illegible]					SIN DATO	PUEBLO RICO	[illegible]			16-11-2025 ID:37396-854 MAYERLIN - 116		
17	S/D	SIN DATO	SANTIAGO	[illegible]					SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			16-11-2025 ID:37406-1023 MAYERLIN - 117		
18	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 ID:37407 1036 MAYERLIN - 118		
19	S/D	SIN DATO	SANTIAGO	[illegible]					SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			16-11-2025 ID:37408-1057 MAYERLIN - 119		
20	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			16-11-2025 ID:37417-2238 MAYERLIN - 120		

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 03-2017

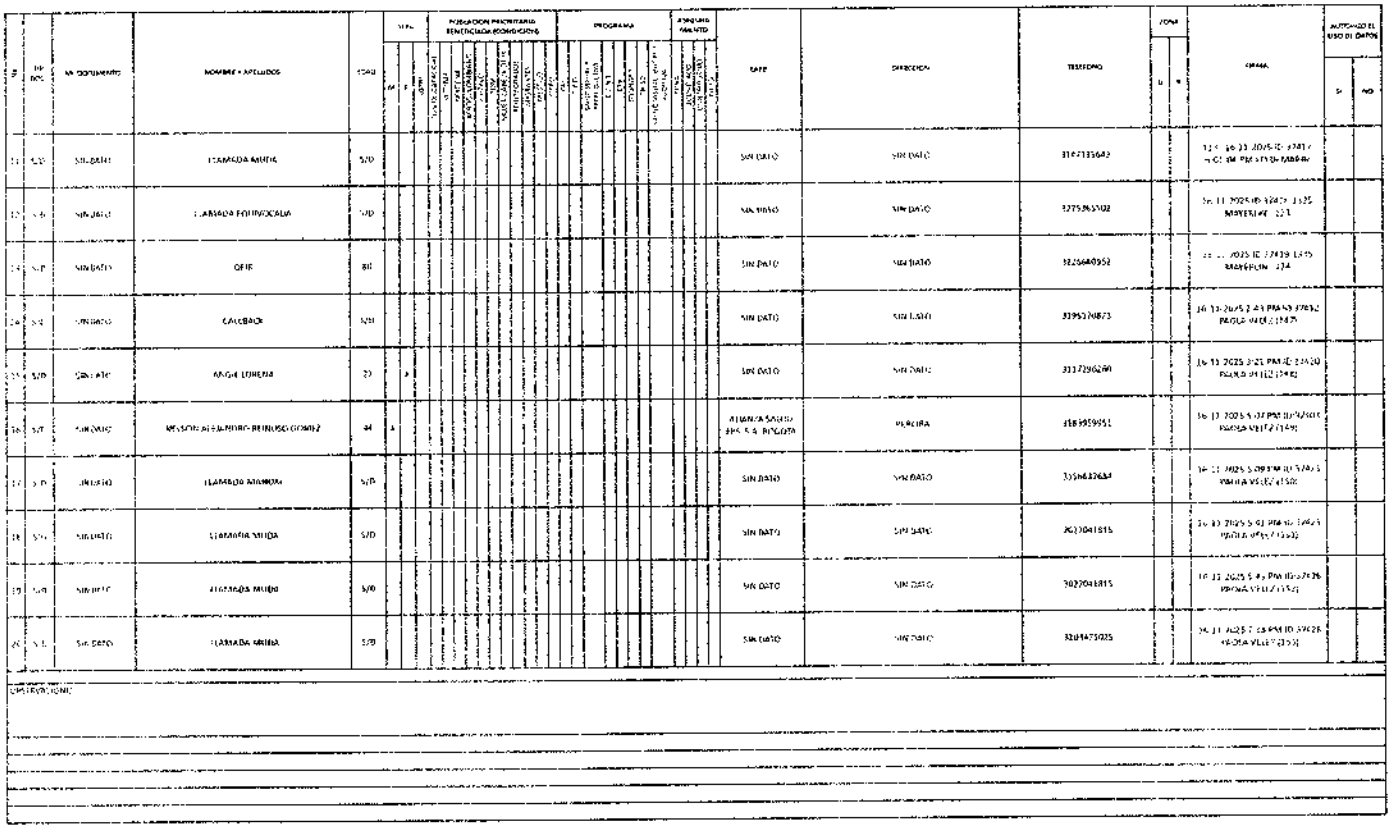
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE – REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

Nº	Nº ODM	Nº DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN/PRIORITARIA BENEFICIADA/COBERTURA	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA	BARRIO	NUMEROS DE USUARIO DATOS	
														SI	NO
1	S/D	SIN DATO	CABEZAS	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]				
2	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]				
3	S/D	SIN DATO	CABLEADOS	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]				
4	S/D	SIN DATO	NELSON ALEJANDRO BENITEZ GOMEZ	44	M				ALIANZA SALUD EPS S.A. BOGOTA	PEREIRA	[illegible]				
5	S/D	SIN DATO	NELSON ALEJANDRO BENITEZ GOMEZ	44	M				ALIANZA SALUD EPS S.A. BOGOTA	PEREIRA	[illegible]				
6	S/D	SIN DATO	NELSON ALEJANDRO BENITEZ GOMEZ	44	M				ALIANZA SALUD EPS S.A. BOGOTA	PEREIRA	[illegible]				
7	S/D	SIN DATO	RUBIELA CAUSAZA	S/D	M				SALUD JOSAL	DOSQUEBRADAS	[illegible]				
8	S/D	SIN DATO	LEYDI RAMIREZ	44	M				FAMILIAR SANITAR	DOSQUEBRADAS	[illegible]				
9	S/D	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]				
10	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]				



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | Vigente 04-2017

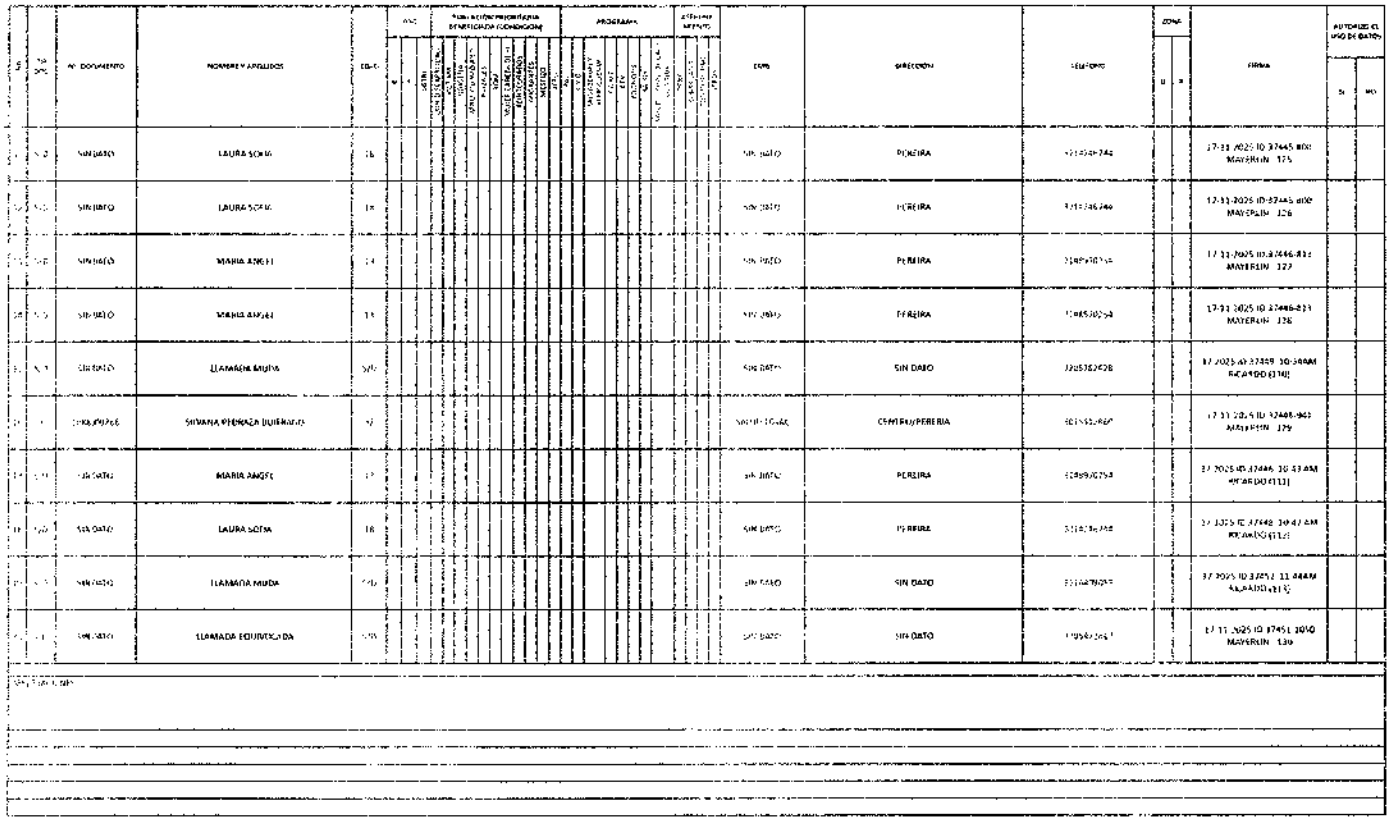
CONTRATISTA: EQUIPO PSICÓLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LÍNEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LÍNEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

N°	TIPO DOC.	N° DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA / DIFERENCIAL	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	PROFESIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FECHA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3126687159			[illegible]		[illegible]
2	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3011568274			[illegible]		
3	TI	[illegible]	[illegible] SANTIAGO ZUÑIGA QUIÑONES	14	X					SIN DATO	ESTUDIANTE?	3128774701			[illegible]		
4	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3186977750			[illegible]		
5	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3197883850			[illegible]		
5 [sic]	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3192883850			[illegible]		
7	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3197883850			[illegible]		
8	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3197101016			[illegible]		
9	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3192883850			[illegible]		
10	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3192883850			[illegible]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIP DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	SEXO	POBLACIÓN VULNERABLE DESPLAZADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURA MIENTO	UAPA	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA		FIRMA	ACEPTACIÓN USO DE DATOS	
												U	R		SI	NO
1	S/D	SIN DATO	LLAMADA 24 HS	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			17 15 8725 4D 37455-1 625 MAYERLIN 191		
2	CC	1088343090	LILIANA VANNA PENAGOS	28	X				SANTA	ALTAGRACIA, PEREIRA	[illegible]		X	114 17 11 2025 HR 17455 11:02:17 PM LEYDI MARIN		
3	S/D	SIN DATO	LLAMADA 106(0)	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			115 17-11-2025 ID 37455 11:04:05 PM LEYDI MARIN		
4	S/D	SIN DATO	SARA	18	X				UNISARAH	PEREIRA	[illegible]			116 17-11-2025 ID 37455 11:04:16 PM LEYDI MARIN		
5	S/D	SIN DATO	LAURA SOFIA VASQUEZ SEGUIMIENTO A USUARIO SIN RESPUESTA	18					SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			117 17 11 2025 ID 37455 11:05:10 PM LEYDI MARIN		
6	S/D	SIN DATO	LAURA SOFIA VASQUEZ SEGUIMIENTO A USUARIO SIN RESPUESTA	18					SIN DATO	PEREIRA	3118486728			118 17 11 2025 ID 37455 11:05:33 PM LEYDI MARIN		
7	S/D	SIN DATO	LAURA SOFIA VASQUEZ SEGUIMIENTO A USUARIO SIN RESPUESTA	18					SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			119 17 11 2025 ID 37455 11:05:33 PM LEYDI MARIN		
8	S/D	SIN DATO	LAURA SOFIA VASQUEZ SEGUIMIENTO A USUARIO SIN RESPUESTA	18					SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			120 17 11 2025 ID 37455 11:05:12 PM LEYDI MARIN		
9	S/D	SIN DATO	MARIA SANTA SEGUIMIENTO A USUARIO SIN RESPUESTA	18					SIN DATO	DOSQUEBRADAS	[illegible]			121 17 11 2025 ID 37455 11:05:23 PM LEYDI MARIN		
10	S/D	SIN DATO	MARIA ANGEL SEGUIMIENTO A USUARIO SIN RESPUESTA	17					SIN DATO	DOSQUEBRADAS	[illegible]			122 17 11 2025 ID 37455 11:05:23 PM LEYDI MARIN		

N°	TIP DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORIZADA	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FECHA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
[illegible]	S/D	SIN DATO	[illegible] SEGUIMIENTO A USUARIO SIN RESPUESTA	18						SIN DATO	[illegible]	3148970254			123 17 11 2025 [illegible]		[illegible]
[illegible]	S/D	SIN DATO	[illegible] SEGUIMIENTO A USUARIO SIN RESPUESTA	13						SIN DATO	[illegible]	3148970254			124 17 11 2025 [illegible]		[illegible]
[illegible]	S/D	SIN DATO	[illegible] SEGUIMIENTO A USUARIO SIN RESPUESTA	15						SIN DATO	[illegible]	3148970254			125 17 11 2025 [illegible]		[illegible]
34	S/D	SIN DATO	[illegible] SEGUIMIENTO A USUARIO SIN RESPUESTA	15						SIN DATO	[illegible]	3148970254			126 17 11 2025 [illegible]		[illegible]
35	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3207213768			127 17 11 2025 [illegible]		[illegible]
36	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3150907889			128 17 11 2025 [illegible]		[illegible]
37	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	7128701147			129 17 11 2025 [illegible]		[illegible]
38	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3046461474			130 17 11 2025 [illegible]		[illegible]
39	S/D	SIN DATO	[illegible] RODRIGUEZ	54		X				SURA	[illegible]	3115632487			131 17 11 2025 [illegible]		[illegible]
[illegible]	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3205545232			132 17 11 2025 [illegible]		[illegible]

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 04-2017

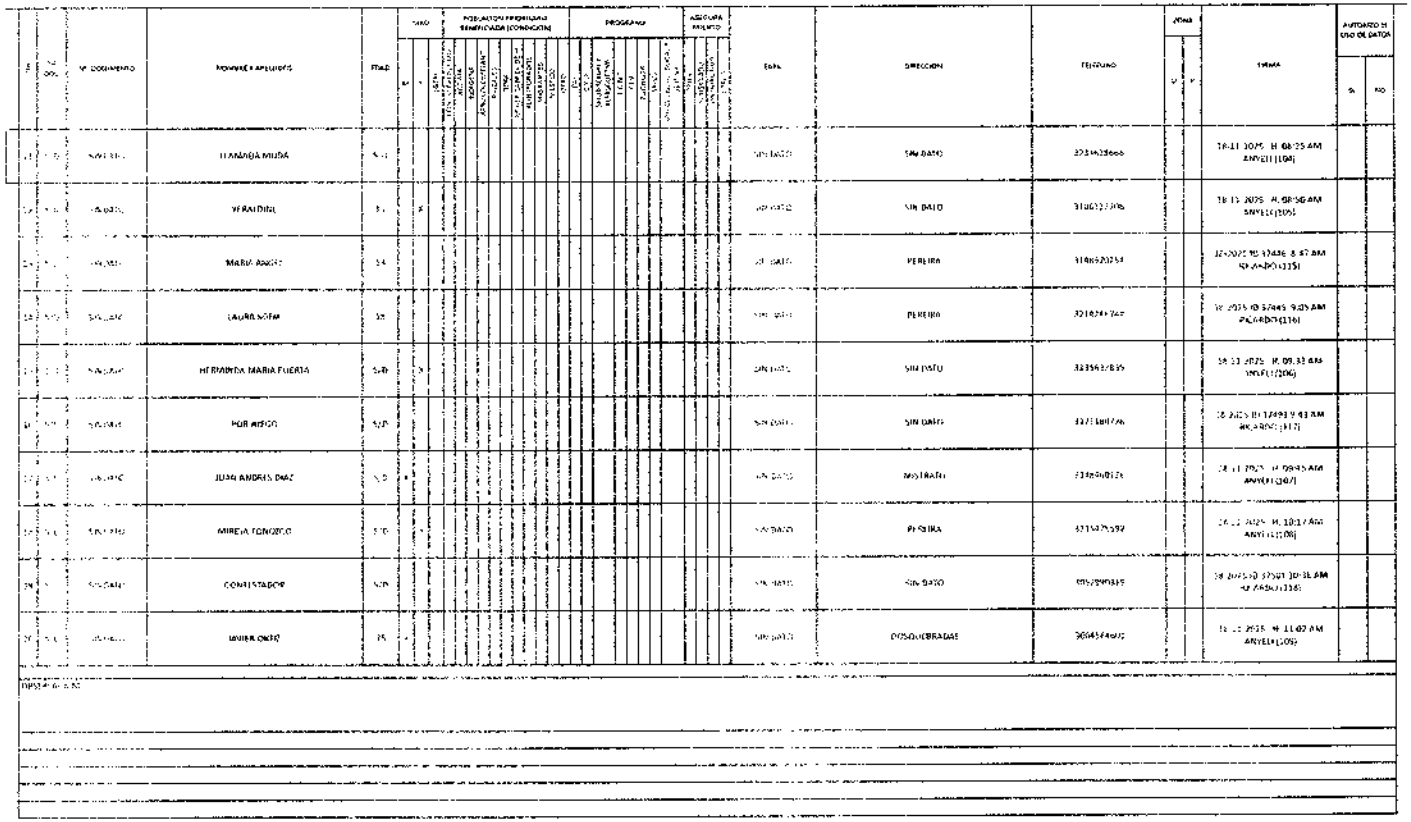
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No	TIP DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE + APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN VULNERABLE Y/O AFECTADA POR CONFLICTO	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	ONTOLOGÍA	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	DIRECCIÓN	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3143801268			[illegible]		X
2	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3215803168			[illegible]		X
3	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3698666184			[illegible]		
4	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3156617648			[illegible]		
5	S/D	SIN DATO	LALBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3213901364			[illegible]		
6	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3138681453			[illegible]		
7	S/D	SIN DATO	MARIA EUGENIA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3206974801			[illegible]		
8	S/D	SIN DATO	CRISTIAN CAMILO GUTIÉRREZ	38					SIN DATO	SIN DATO	3133726701			[illegible]		
9	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3206126787			[illegible]		
10	CC	73488[illegible]	JORGE MARIBIOS CARDONA	6[illegible]					ASMET SALUD	CAFESALUD EPS, [illegible] NAVIOS HORMONAS COUNTRY PSICOTERAPIAS	3006145653			[illegible]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

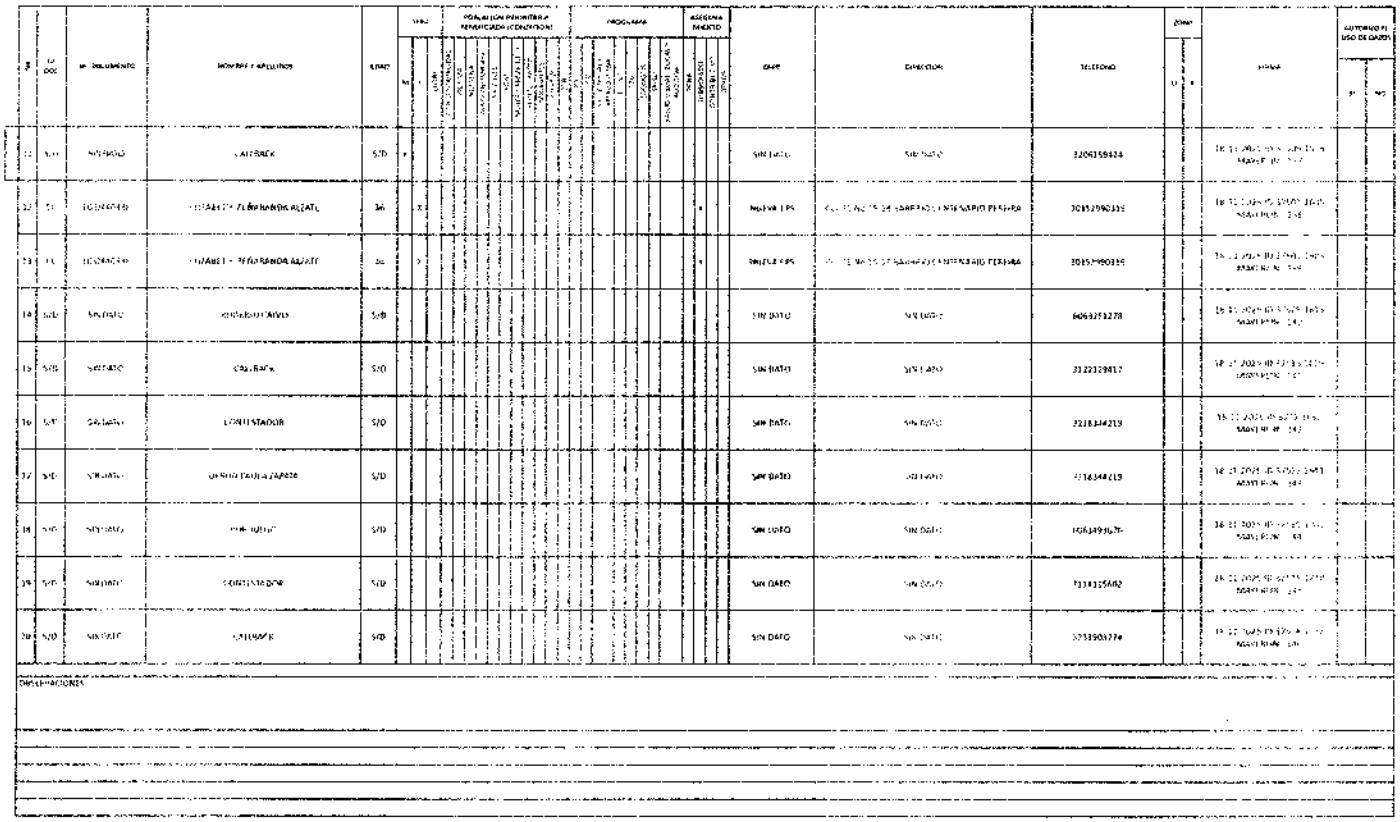
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE /REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	No. Doc.	No. Identificación	Nombre y Apellidos	Edad	Sexo	Población Priorizada / Vulnerable / Condición	Programa	Asegurado Vigente	Barrio	Dirección	Teléfono	Estado	Fecha	Autoriza el uso de datos
1	S/D	S/N DATO	USUARIO ATENDIDO POR LINEA	S/D	S				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		18-11-2025 11:03:48 AM ANYELI (111)	
2	S/D	SIN DATO	LLAMADA PERDIDA	S/D	S				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		18-11-2025 11:32:03 PM ANYELI (112)	
3	S/D	SIN DATO	LLAMADA MANUAL - USUARIO NO ACEPTA TERMINOS Y CONDICIONES	S/D	S				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		18-11-2025 11:32:15 PM ANYELI (113)	
4	CC	1089440938	ELIZABETH PERDOMO GUZMAN	35	M				PRADERA	CLL 35 No 85-19 BARRIO CENTENARIO PEREIRA	[illegible]		18-11-2025 09:39:05 AM RICARDO (115)	
5	CC	24995514	LLAMADA MANUAL - PROBLEMAS FAMILIARES PSICOLOGICOS	60	M				SALVO TERRA	MZ 3 CS 22 BELLO HORIZONTE POR PEÑALISA DEL SOL CUBA	[illegible]		18-11-2025 11:12:37 PM ANYELI (116)	
6	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D	S				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		21-11-2025 10:37:01 AM MAYERLIN 137	
7	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D	S				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		21-11-2025 10:37:49 AM MAYERLIN 138	
8	S/D	SIN DATO	ANDRES	S/D	S				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		18-11-2025 10:37:25 AM MAYERLIN 134	
9	S/D	SIN DATO	LLAMADA ALEJA	S/D	S				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		18-11-2025 10:41:26 AM MAYERLIN 135	
10	S/D	SIN DATO	OFENDA PEREZ	56	S				NUEVA SUIZA	BELEN DE UMBRIA	[illegible]		18-11-2025 10:37:2 AM MAYERLIN 136	



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | Vigencia 08-2017

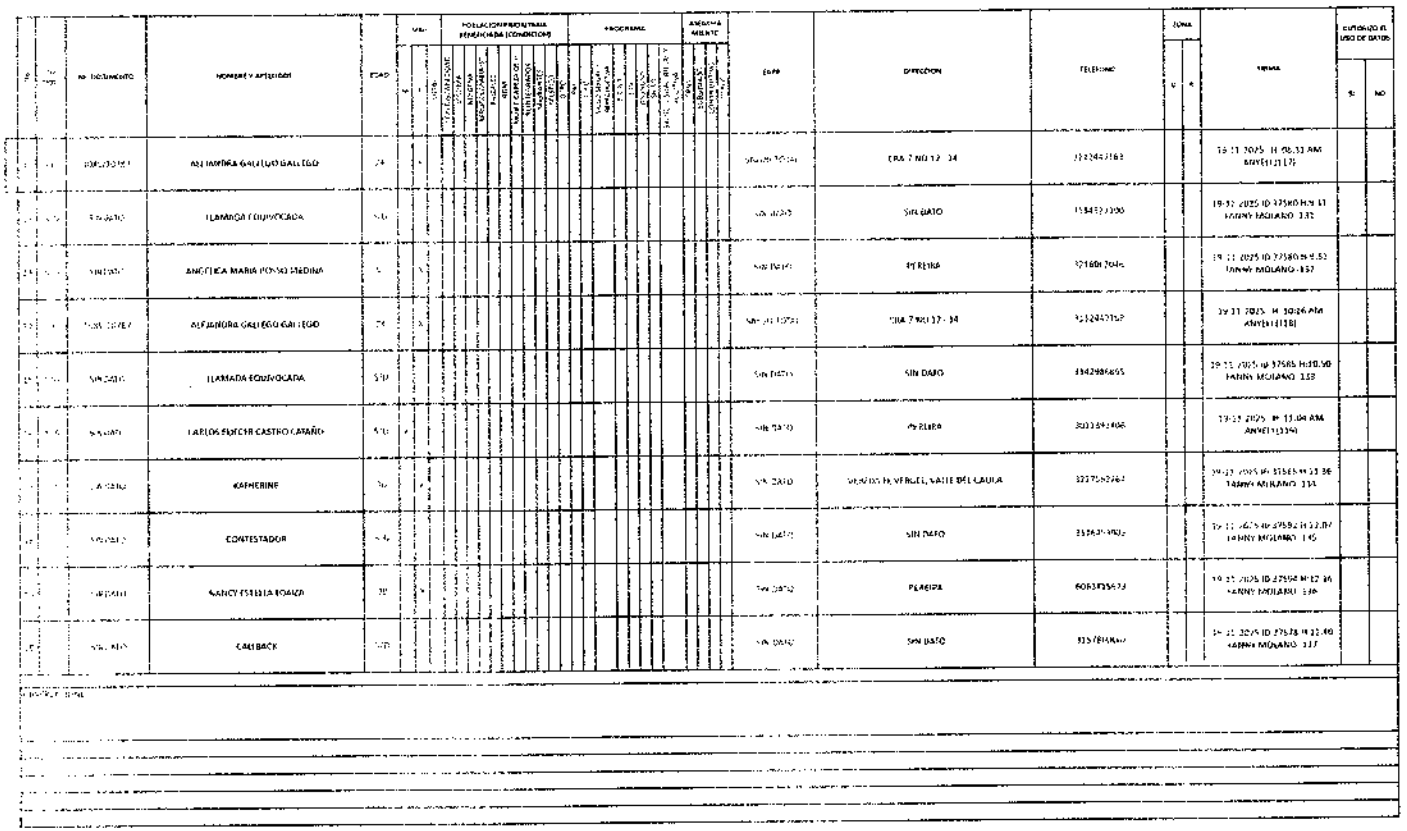
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLÓGICOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN EN LA LÍNEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIPO DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRES APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA PERTENENCIA ÉTNICO CONDICIÓN	PROGRAMA	ASEGURA MIENTO	BARRIO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	OBSERVACIONES	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]	[illegible]		
2	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]	[illegible]		
3	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]	[illegible]		
4	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]	[illegible]		
5	CC	[illegible]	SANTIAGO SANTA RIVERA	[illegible]					VDS	SANTA ROSA DE CABAL	[illegible]	[illegible]		
6	S/D	SIN DATO	JHON SMEDEN AGUIRRE	[illegible]					SAN JORGE	SAN JORGE, PEREIRA	[illegible]	[illegible]		
7	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]	[illegible]		
8	S/D	SIN DATO	BLANCA ARISMENDI	[illegible]					SIN DATO	MELÉN DE UMBRÍA	[illegible]	[illegible]		
9	CC	[illegible]	LORENA MARÍN HOYOS	[illegible]					COMFAMISAR	PEREIRA	[illegible]	[illegible]		
10	S/D	SIN DATO	MARIA SOFIA ORREGO	[illegible]					SIN DATO	PEREIRA	[illegible]	[illegible]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Adjetivar GP-2017

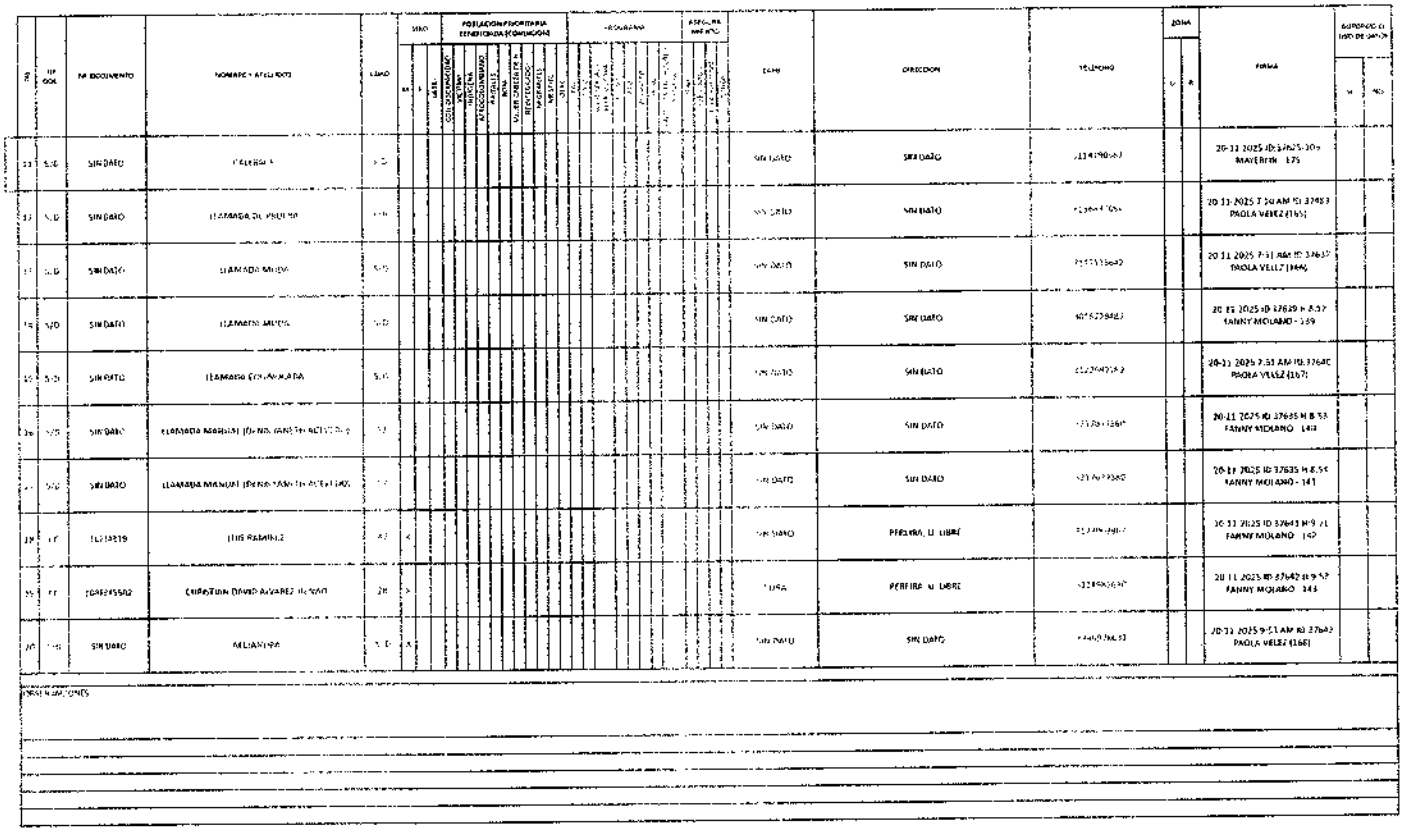
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	Tipo DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACION PRIORITARIA (MARQUE CON UNA X SI CORRESPONDE)	RACIAL/ETNIA	ASEGURA MENTO	CAMB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA	Cabecera	INSTRUMENTO A USO DE PARTE	
					M	F								U	R		
1	S/D	SIN DATO	CARLOS ALVAREZ	22					SIN DATO	PARQUE INDUSTRIAL	3006797406		[illegible]		
2	S/D	SIN DATO	CARLOS	S/D					SIN DATO	SIN DATO	4155965593		[illegible]		
3	S/D	SIN DATO	CARLOS	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3147235642		[illegible]		
4	S/D	SIN DATO	MARIA MARIA	S/D					SIN DATO	PEREIRA	3589004068		[illegible]		
5	S/D	SIN DATO	MARIA MARIA	S/D					SIN DATO	PEREIRA	3146960464		[illegible]		
6	CC	37116596	[illegible]	XX					VOS	TRIBUNAS	3172977380		[illegible]		
7	CC	42184946	[illegible]	XX					SOS	TRIBUNAS	4172977380		[illegible]		
8	S/D	SIN DATO	CARLOS	S/D					SIN DATO	SIN DATO	4172977380		[illegible]		
9	S/D	SIN DATO	CARLOS	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3113687683		[illegible]		
10	S/D	SIN DATO	CARLOS	S/D					SIN DATO	SIN DATO	1234567890		[illegible]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 04-2017

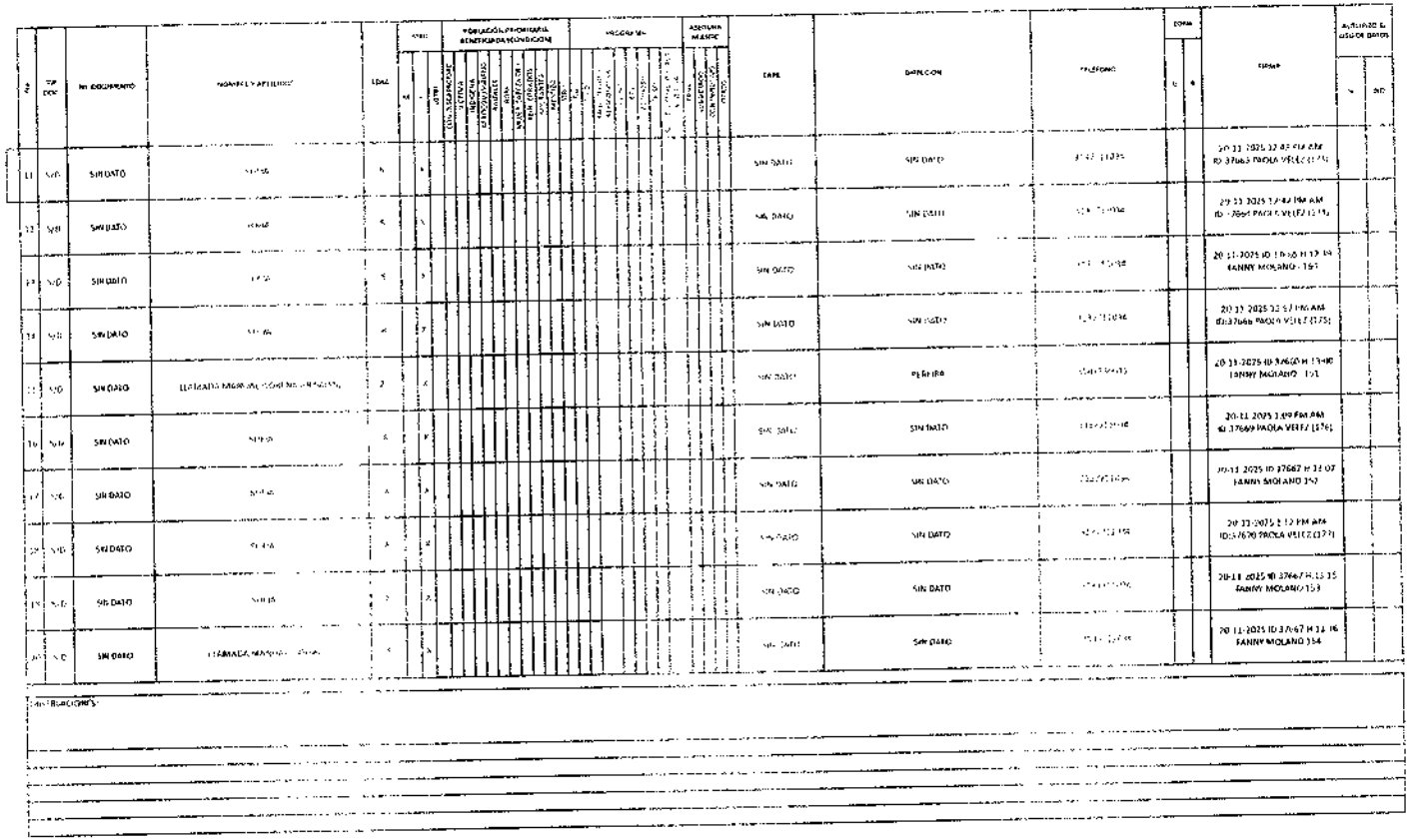
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TIP DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA (PRIORIZACIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA	FIRMA	HUELLAS (SI APLICA)
					M / F	VÍCTIMA / CONFLICTO ARMADO / DESPLAZADO / DISCAPACIDAD / GESTANTE / INDÍGENA / MADRE COMUNITARIA / PRIVADO DE LA LIBERTAD / RECICLADOR / VENDEDOR INFORMAL	SALUD MENTAL / SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA / VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES / VIH-SIDA / VIOLENCIAS DE GÉNERO / SALUD AMBIENTAL, RIESGOS LABORALES Y EMERGENCIAS	CONTRIBUTIVO / SUBSIDIADO / NO ASEGURADO / SIN DATO				U	R	
1	S/D	SIN DATO	CARLIN ANDRES	12	X				SIN DATO		3137547363			20 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]	
2	CC	1004811313	[illegible]	36	X						3113810822			20 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]	
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO		3136976638			20 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]	
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	58					SIN DATO		3137077380			20 11 2025 [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]	
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO		3117316034			20 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]	
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO		3117756801			20 11 2025 [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]	
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO		3117316034			20 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]	
8	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO		3215432038			20 11 2025 [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]	
9	CC	1089588140	[illegible]	S/D					SDS		3003900109			20 11 2025 [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]	
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	27	X				SIN DATO		3107730043			20 11 2025 [illegible] FANNY MOLANO [illegible]	



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

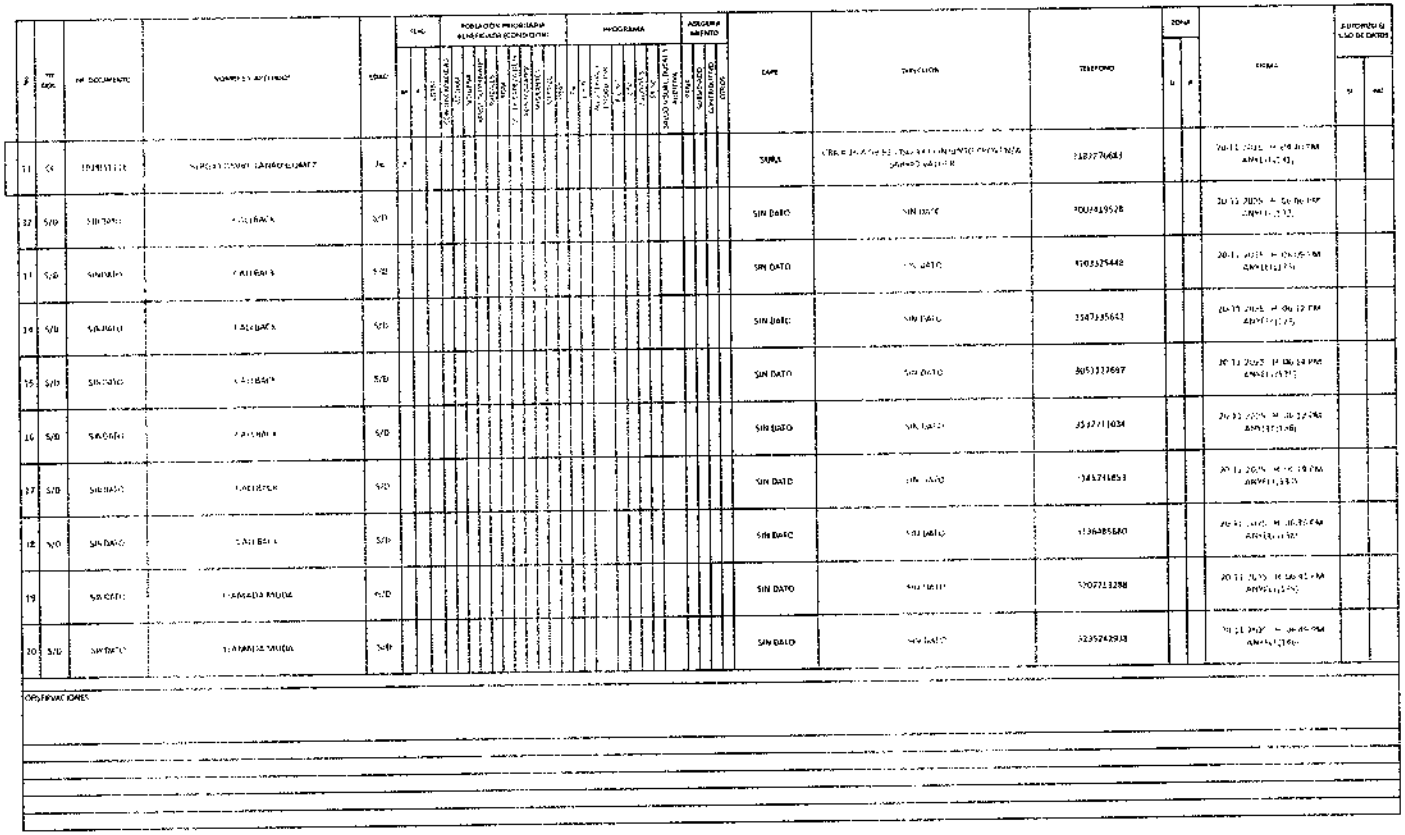
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 06-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOSOCIAL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN EN LÍNEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LÍNEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TIPO DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CATEGORÍA)	PROGRAMA	NACIONALIDAD	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	SIN DATO	EDWIN EMMANUEL	21	F				SIN DATO	SIN DATO	3137[illegible]			20-11-2025 1:24 PM ID 37676 PATRICIA VELEZ (378)		X
2	NUIP	SIN DATO	CRISTIAN R.	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	3167[illegible]34			20-11-2025 1:49 PM ID 37685 PAULA VELEZ (379)		
3	CC	SIN DATO	ELIANA MILENA	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	1089[illegible]444			20-11-2025 H 01:56 PM ANYELI (323)		
4	CC	SIN DATO	ELIANA S. AGUDO	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	3128[illegible]444			20-11-2025 H 02:02 PM ANYELI (372)		
5	CC	1[illegible]3	HANNA HELEN ARANGO GARCÍA	18	F				NUEVA EPS	CALLE 25 BIS NO 1A-[illegible] KILÓMETRO PEREIRA CERRITOS	3[illegible]38			20-11-2025 H 02:43 PM ANYELI (325)		
6	CC	1[illegible]96	GISELLY ANTONELLA MORALES VANEGAS	21	F				SALUD TOTAL	VIA CERRITOS KM 12 VIA PEREIRA - ALCALA SECTOR EL MORON CASA 9	3[illegible]5			20-11-2025 H 03:02 PM ANYELI (326)		
7	CC	SIN DATO	ESPERANZA VELEZ CANO	SIN DATO	F				SIN DATO	MARSAL PEREIRA	3[illegible]7			20-11-2025 H 03:02 PM ANYELI (327)		
8	CC	SIN DATO	CALLBACK	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]44			20-11-2025 H 04:18 PM ANYELI (328)		
9	NUIP	SIN DATO	CALLBACK	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]19			20-11-2025 H 04:37 PM ANYELI (329)		
10	NUIP	SIN DATO	CALLBACK	SIN DATO					SIN DATO	SIN DATO	1[illegible]36			20-11-2025 H 04:26 PM ANYELI (330)		



35-19

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

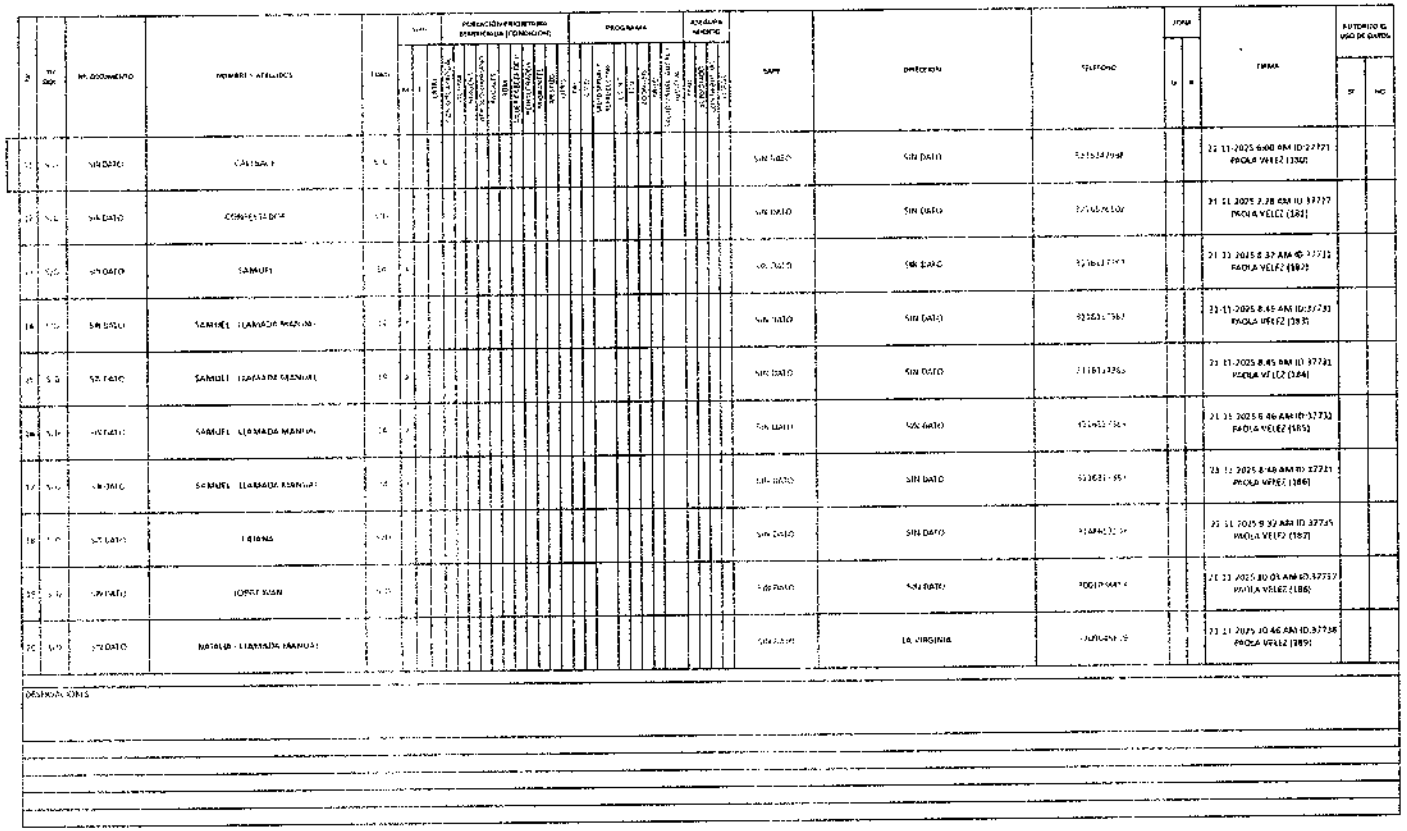
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 05 — Vigente desde: 08-2017

CONTRATISTA	EQUIPO PSICOLÓGICA
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	ATENCIÓN LÍNEA AMIGA
FECHA	NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LÍNEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR	PEREIRA

#	TIP. DOC.	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ÁREA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D	SIN DATO	SIN DATO	3122795392	20-11-2025 [illegible] 56 PM ANYELI (142)		
2	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D	SIN DATO	SIN DATO	3244786484	20-11-2025 [illegible] 22 PM ANYELI (143)		
3	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D	SIN DATO	SIN DATO	3105774574	20-11-2025 [illegible] 30 PM ANYELI (143)		
4	CC	[illegible]	LAURA VANESA MARÍN RODRIGUEZ	20	RURAL	GUADUALES DOS QUEBRADAS	3189741120	20-11-2025 [illegible] 32 PM ANYELI (144)		
5	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D	SIN DATO	SIN DATO	3217557644	20-11-2025 [illegible] 07 PM ANYELI (145)		
6	CC	[illegible]	MARTIN ALBERTO SANTA BEDOYA	56	[illegible]	AVENIDA LOS [illegible]	3016017705	20-11-2025 [illegible] 08:08 PM ANYELI (146)		
7	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D	SIN DATO	SIN DATO	3204559589	20-11-2025 [illegible] 52 PM RICARDO (147)		
8	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D	SIN DATO	SIN DATO	3166175919	20-11-2025 [illegible] 58 PM RICARDO (148)		
9	CC	[illegible]	MARCOS ALBERTO SANTA BEDOYA	56	[illegible]	AVENIDA [illegible]	3016017735	20-11-2025 [illegible] 20 PM RICARDO (149)		
10	CC	[illegible]	SERGIO DAVID CANAU GÓMEZ	26	[illegible]	[illegible] CONJUNTO PROVENZA [illegible]	3182776653	20-11-2025 [illegible] 28 AM RICARDO (149)		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vre Serv: 01 | Vigencia: 08-2017

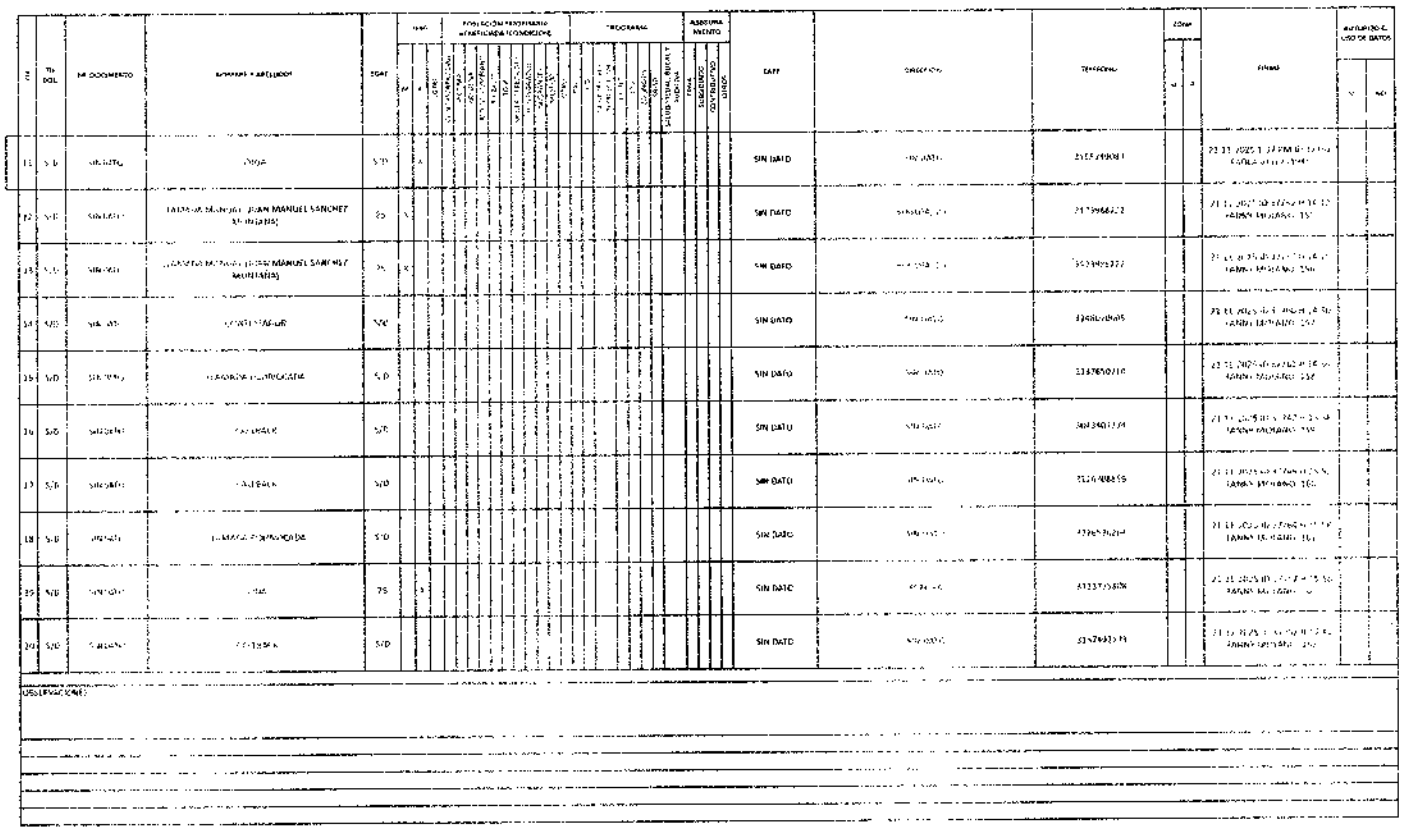
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No	TIP DOC	nr DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACION PRIORITARIA (PERTENENCIA ETNICA)	PROGRAMAS	ASEGURAMIENTO	CAMA	DIRECCION	TELEFONO	CURSO		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
												S	N		SI	NO
1	CC	SIN DATO	LLAMADA MUDA						SIN DATO	SIN DATO				21 11 2025 11 17 AM ID 37742 PAOLA VELEZ (190)		
2	CC	SIN DATO	POR ERROR						SIN DATO	SIN DATO				25 11 2025 11 36 AM ID 37745 PAOLA VELEZ (191)		
3	CC	SIN DATO	CONTESTADOR						SIN DATO	SIN DATO				21 11 2025 12 06 PM ID 37747 PAOLA VELEZ (192)		
4	CC	SIN DATO	CONTESTADOR						SIN DATO	SIN DATO				21 11 2025 12 20 PM ID 37749 PAOLA VELEZ (193)		
5	CC	SIN DATO	PEREIRA						SIN DATO	SIN DATO				24 11 2025 ID 37771 11:05:39 AM LEYDI MARIN		
6	CC	1004302116	JAIRA VALENTINA HURTADO YEPES						SALUD TOTAL	LA PRADERA, DOSQUEBRADAS				24 11 2025 ID 37779 11:07:48 AM LEYDI MARIN		
7	CC	1027523537	ANDRES FELIPE SANCHEZ RESTREPO						CONTRIB	HOTEL				24 11 2025 ID 37783 11:09:19 AM LEYDI MARIN		
8	CC	SIN DATO	CALLBACK						SIN DATO	SIN DATO				24 11 2025 ID 37717 11:10:58 AM LEYDI MARIN		
9	CC	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA						SIN DATO	SIN DATO				24 11 2025 ID 37741 11:01:59 AM LEYDI MARIN		
10	CC	SIN DATO	LLAMADA MUDA						SIN DATO	SIN DATO				24 11 2025 ID 37766 11:13:39 AM LEYDI MARIN		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 06-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

ITEM	TIPO DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	UNO	POBLACIONES PRIORITARIAS VULNERABILIDAD (CONDICIONES)	PROGRAMAS	ESTRATEGIAS ABORDAJE	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	CITAS		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
												S	N		SI	NO
1	CC	1088[illegible]6	DILMA CAROLINA CANGREJO MAYORCA	31					SANITAS	BOSQUES DE LA ACADEMIA	3206404391			27-11-2025 10:33:08 [illegible] MAYERLIN 164		[illegible]
2	S/D	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3207218484			27-11-2025 10:37:08 [illegible] MAYERLIN 167		
3	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3349677483			27-11-2025 10:37:08 [illegible] MAYERLIN 165		
4	S/D	SIN DATO	LUZ EVELIA RESTREPO	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3207212788			27-11-2025 10:37:08 [illegible] MAYERLIN 166		
5	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3117269959			27-11-2025 10:37:08 [illegible] MAYERLIN 163		
6	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3143985091			27-11-2025 10:37:08 [illegible] MAYERLIN 156		
7	CC	1088[illegible]2	MARLON ANTONIO VALENCIA GUERRERO	32					SALUD TOTAL	SANTA ISABEL	3146831144			[illegible] 27-11-2025 10:37:08 [illegible] MAYERLIN 157		
8	CC	1088[illegible]2	MARLON LEANDRO VALENCIA GUERRERO	32					SALUD TOTAL	SANTA ISABEL	3146831184			27-11-2025 10:37:08 [illegible] MAYERLIN 158		
9	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3136202487			27-11-2025 [illegible] 10:37:08 [illegible] MARIA VELEZ (DS)		
10	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3137213084			27-11-2025 [illegible] 10:37:08 [illegible] MARIA VELEZ (DS)		

S	TIP TIPO	NR. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN MINORITARIA (CARACTERIZACIÓN)	PROGRAMA	ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO	SAPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
												U	R		SI	NO
11	S.D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			27-11-2025 7:33 PM ID:37827 PAOLA VELEZ [197]		
12	S.D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			27-11-2025 2:37 PM ID:37826 PAOLA VELEZ [198]		
13	S.D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			27-11-2025 2:40 PM ID:37830 PAOLA VELEZ [199]		
14	S.D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			27-11-2025 2:42 PM ID:37832 PAOLA VELEZ [200]		
15	S.D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			27-11-2025 2:53 PM ID:37837 PAOLA VELEZ [201]		
16	S.D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			27-11-2025 3:55 PM ID:37838 PAOLA VELEZ [202]		
17	S.D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			27-11-2025 5:03 PM ID:37842 PAOLA VELEZ [203]		
18	S.D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			27-11-2025 5:05 PM ID:37822 PAOLA VELEZ [204]		
19	S.D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			27-11-2025 5:53 PM ID:37835 PAOLA VELEZ [205]		
20	S.D	SIN DATO	ANGY LORENA [illegible]	[illegible]					[illegible]	[illegible]	[illegible]			[illegible] 27-11-2025 ID:37823 [illegible] PM LEYDI MARIN		

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Version: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

ID	TIPO DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PERTENECIENTE A LA BENEFICIADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ACCIONES VIVENCIA	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA	BARRIO	AUTORIZA EL USO DE DATOS
					M F INTER	DES. CONDICIÓN CIVIL VICTIMA MIGRANTE INDIGENA AFRO MADRE COMUNITARIA DESPLAZADO DISCAPACIDAD GESTANTE	SALUD MENTAL CRONICOS VIH TB ERA					U R		SI NO
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	22	X				ASMET SALUD	[illegible]	[illegible]			151 22-11-2025 ID 1[illegible] H 01:14 PM LEYDI MARIN
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	22	X				ASMET SALUD	[illegible]	[illegible]			152 22-11-2025 ID 1[illegible] H02:45 PM LEYDI MARIN
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	[illegible]			153 22-11-2025 ID [illegible] H 02:36 PM LEYDI MARIN
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	X				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			22-11-2025 3:56PM ID: [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	[illegible]	[illegible]			22-11-2025 4:04 PM ID [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			154 22-11-2025 ID [illegible] H 03:06 PM LEYDI MARIN
7	CC	1088345009	[illegible]	28	X				NUEVA EPS	[illegible]	[illegible]			155 22-11-2025 ID [illegible] H 04:00 PM LEYDI MARIN
8	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			156 22-11-2025 ID [illegible] H 04:45 PM LEYDI MARIN
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			157 22-11-2025 ID [illegible] H 05:27 PM LEYDI MARIN
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			158 22-11-2025 ID [illegible] H 06:00 PM LEYDI MARIN

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRES APELLIDOS	EDAD	SEXO		POBLACIÓN VULNERABLE (ENCIERRE LA(S) OPCIÓN(ES))														PREFERENCIAS								AFILIADA A LA EPS		EPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZA EL USO DE DATOS	
					F	M	SISBEN	DESPLAZADO	DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	AFRODESCENDIENTE	INDIGENA	RAIZAL	ROM	CAMPESINO(A)	HABITANTE DE CALLE	MADRE COMUNITARIA	MADRE GESTANTE	ADULTO MAYOR	TA	TRABAJO	ESTUDIO	SALUD	VIVIENDA	PROYECTOS PRODUCTIVOS	ASESORIA JURIDICA	SI	NO				U	R		SI	NO
1	S.D	SINDATO	[illegible]	S.D																											SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			159 22-11-2025 ID:37425 H:06:34 PM LEYDI MARIN		
2	S/D	SINDATO	[illegible]	S/D																											SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			160 22-11-2025 ID:37444 H:06:56 PM LEYDI MARIN		
3	CC	1088345009	KAREN DAYANA [illegible]	25	X																										NUEVA EPS	LIBERTADORES, PEREIRA	[illegible]			161 22-11-2025 ID:37442 H:07:28 PM LEYDI MARIN		
4	CC	1088345009	KAREN DAYANA [illegible]	25	X																										NUEVA EPS	LIBERTADORES, PEREIRA	[illegible]			162 22-11-2025 ID:37443 H:07:39 PM LEYDI MARIN		
5	CC	1088345009	KAREN DAYANA [illegible]	25	X																										NUEVA EPS	LIBERTADORES, PEREIRA	[illegible]			163 22-11-2025 ID:37445 H:07:55 PM LEYDI MARIN		
6	CC	1088345009	KAREN DAYANA [illegible]	25	X																										NUEVA EPS	LIBERTADORES, PEREIRA	[illegible]			164 22-11-2025 ID:37447 H:08:15 PM LEYDI MARIN		
7	S/D	SINDATO	[illegible]	S/D																											SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			165 22-11-2025 ID:37446 H:08:46 PM LEYDI MARIN		
8	S/D	SINDATO	[illegible]	S/D																											SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			166 22-11-2025 ID:37448 H:07:58 PM LEYDI MARIN		
9	S/D	SINDATO	[illegible]	S/D																											SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			22-11-2025 ID:37452 H:07:54 EANNY MOLANO - 174		
10	S/D	SINDATO	[illegible]	S/D																											SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			22-11-2025 ID:37454 H:08:04 EANNY MOLANO - 175		

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 06-2013

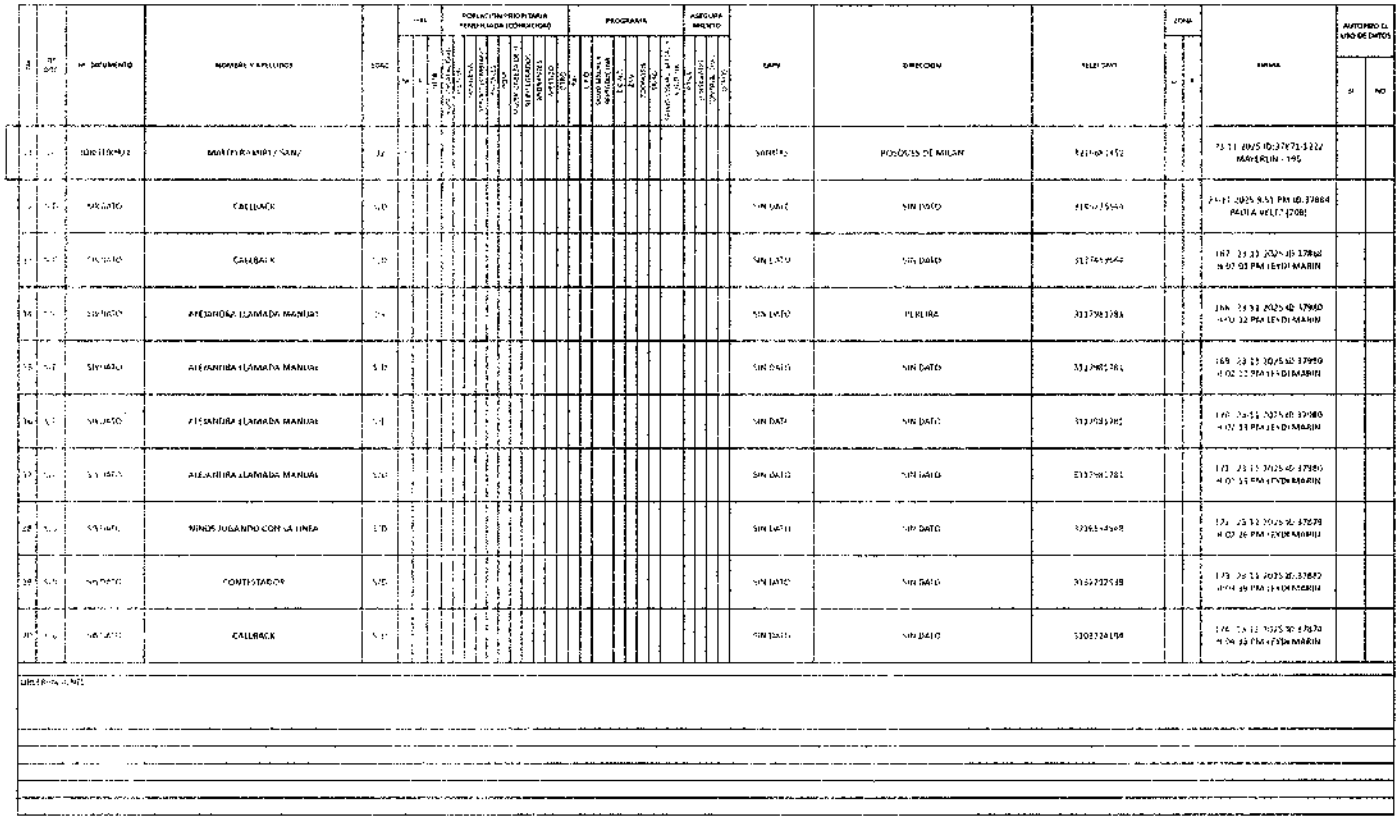
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLÓGICO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: SESIÓN LÍNEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LÍNEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TD DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN (MARQUE PARA ENFERMEDAD CRÓNICA)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	BARRIO	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA	NOVEDAD	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
												U	R		SI / NO
1	CC	1088[illegible]87	LLAMADA FRUSTRADA	32					SIN DATO	SIN DATO	3217243678				
2	CC	1[illegible]6	LLAMADA MUDA	32					SIN DATO	SIN DATO	3108789359				
3	CC	1[illegible]6	LLAMADA MUDA	32					SIN DATO	SIN DATO	3108789359				
4	CC	1[illegible]6	JORGE IVAN RIOS CARDONA	48					ASEAR 1 SAS - ZO	CONDOMINIOS	3006758914				
5	CC	1[illegible]6	LLAMADA EQUIVOCADA	32					SIN DATO	SIN DATO	3108789359				
6	CC	1[illegible]6	LLAMADA DE PRUEBA	32					SIN DATO	SIN DATO	3108789359				
7	CC	1[illegible]6	POR JUEGO	32					SIN DATO	SIN DATO	3108789359				
8	CC	1[illegible]6	LAURA TOVAR RICHOR	28					SANTA ROSA	LA FABIANA	3135881377				
9	CC	1[illegible]6	CONTESTADOR	32					SIN DATO	SIN DATO	3117457664				
10	CC	1[illegible]6	LORENA RAMIREZ [illegible]	41					ASMESALUD	CENTRO	3216567267				



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión 01 | Vigencia 26-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	Nº DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	EPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZA SI	AUTORIZA NO
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	X		SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			24-11-2025 [illegible] PAOLA VELEZ [illegible]		✓
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	X		SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			24-11-2025 [illegible] ANYELI (153)		
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	X		SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			24-11-2025 [illegible] ANYELI (154)		
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	X		SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			24-11-2025 [illegible] ANYELI (155)		
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	X		SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			24-11-2025 [illegible] ANYELI (156)		
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	X		SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			24-11-2025 [illegible] ANYELI (157)		
7	CC	1093776606	[illegible]	30		X	SANITAS	[illegible]	[illegible]			24-11-2025 [illegible] ANYELI (158)		
9	CC	1093776606	[illegible]	30		X	SANITAS	[illegible]	[illegible]			24-11-2025 [illegible] ANYELI (159)		
7	CC	1093776606	[illegible]	30		X	SANITAS	[illegible]	[illegible]			24-11-2025 [illegible] ANYELI (160)		
10	CC	1093776606	[illegible]	30		X	SANITAS	[illegible]	[illegible]			24-11-2025 [illegible] ANYELI (161)		

N°	TIP DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA / PROGRAMA / ASEGURA MIEMBRO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZA USO DE DATOS SI	AUTORIZA USO DE DATOS NO
11	CC	1093778606	LLAMADA MANUAL [illegible]	34		X		SANITAS	[illegible]	[illegible]			24-11-2025 H 09:20 AM ANYELI (162)		
12	S/D	SIN DATO	LLAMADA MANUAL [illegible]	S/D	X			SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			24-11-2025 H 09:15 AM ANYELI (163)		
13	S/D	SIN DATO	LLAMADA [illegible]	S/D	X			SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			24-11-2025 H 09:25 AM ANYELI (164)		
14	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	X			SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			24-11-2025 H 09:30 AM ANYELI (165)		
15	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D	X			SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			24-11-2025 H 11:56 AM ANYELI (166)		
16	CC	1112511374	[illegible]	45		X		SANITAS	LA PRADERA [illegible]	[illegible]			24-11-2025 H 11:23 AM ANYELI (167)		
17	TI	1089135902	[illegible]	17		X		SALUD TOTAL	MZ 13 CS 7 MONTEPORATO [illegible]	[illegible]			24-11-2025 H 12:45 PM ANYELI (168)		
18	CC	1088117795	[illegible]	47		X	X	ASMET SALUD	BARRIO LAS BRISAS [illegible]	[illegible]			24-11-2025 ID 37932 [illegible] RICARDO (141)		
19	CC	79664354	[illegible]	45	X		X	ASMET SALUD	CALLE 57 NR 23 02 BARRIO [illegible]	[illegible]			24-11-2025 ID 37986 [illegible] PM RICARDO (142)		
20	S/D	SIN DATO	LLAMADA [illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			24-11-2025 ID 37941 [illegible] PM RICARDO (143)		

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Version: 01 | Vigencia: 04-2017

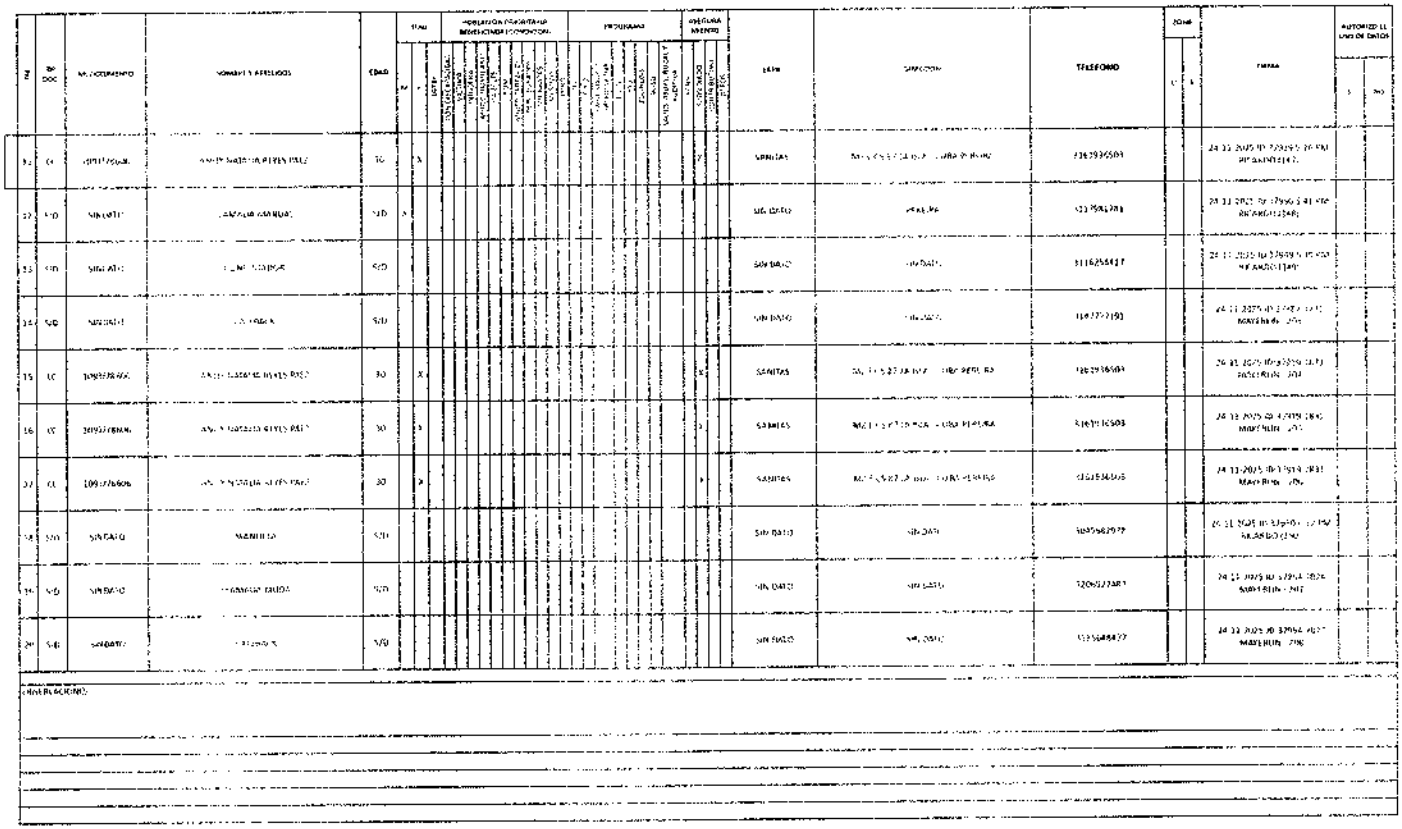
CONTRATISTA: COLEGIO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ACTIVIDAD LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIPO DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO (M, F, INTER.)	POBLACIÓN PRIORITARIA VULNERABILIDAD/CONDICIÓN (GESTANTE, DISCAPACIDAD, VICTIMAS, INDIGENA, AFRO, LGBTIQ, HSH, VIH, VIOLENCIA DE GENERO, MENOR, ADULTO MAYOR, VETERANO)	PROGRAMAS (PSICOACTIVOS, SUICIDIO, VIOLENCIA, CRONICOS, VIH, OTRO)	ESQUEMA INFANTIL (SI, NO, INCOMPLETO)	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA (U, R)	FIRMA	AUTORIZACION USO DE DATOS (SI, NO)
1	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	S/D		24-11-2025 ID:37944 1:19 PM RICARDO 1345	
2	S/D	SIN DATO	CALLADO	S/D						SIN DATO	SIN DATO	S/D		24-11-2025 ID:37944 1:19 PM RICARDO 1345	
3	S/D	SIN DATO	CALLADO	S/D						SIN DATO	SIN DATO	S/D		24-11-2025 ID:37927 1:22 PM RICARDO 1346	
4	S/D	SIN DATO	FACEBOOK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	S/D		24-11-2025 ID:37939 1:09 MAYERLIN 198	
5	S/D	SIN DATO	MIGUEL	24						SIN DATO	SANTAMARIA	S/D		24-11-2025 ID:37935 1:01 MAYERLIN 197	
6	S/D	SIN DATO	LLAMADA AMIGA	18						SIN DATO	SIN DATO	S/D		24-11-2025 ID:37933 1:03 MAYERLIN 196	
7	S/D	SIN DATO	LLAMADA ESCRITA SIN	S/D						SIN DATO	SIN DATO	S/D		24-11-2025 ID:37930 1:08 MAYERLIN 195	
8	S/D	SIN DATO	LLAMADA VOLUNTARIA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	S/D		24-11-2025 ID:37903 1:20 MAYERLIN 205	
9	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D						SIN DATO	SIN DATO	S/D		24-11-2025 ID:37948 1:21 MAYERLIN 204	
10	O		SANDRA	48						ASMESAN	BOSQUERRADAS	S/D		24-11-2025 ID:37947 1:31 MAYERLIN 203	



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

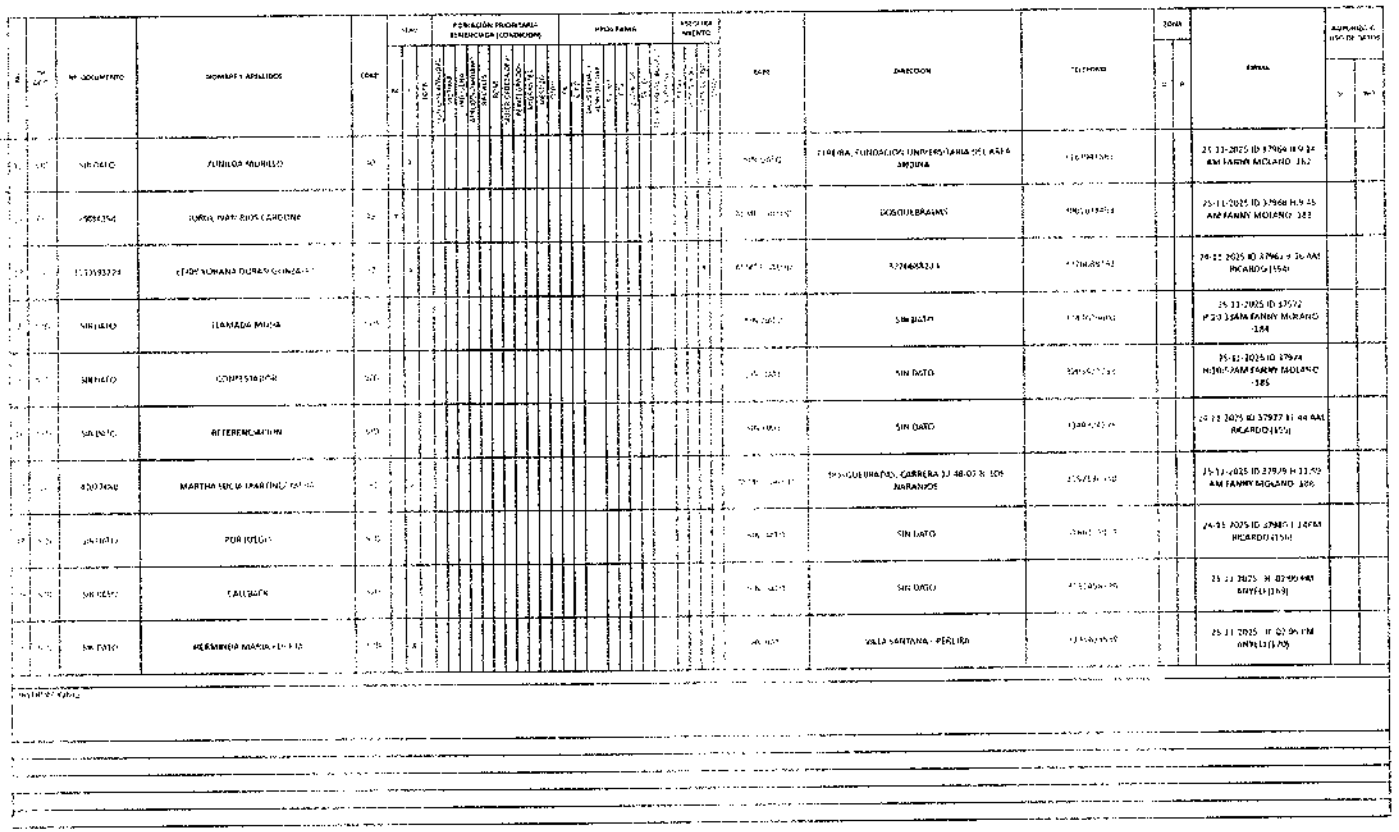
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TIP DOC	NO. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORIZADA O DIFERENCIAL (CONDICIÓN)	CAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	OBSERVACIÓN	ASEGURAMIENTO
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3156218817			25-11-2025 01:[illegible] RICARDO [illegible]	
2	CC	1567[illegible]	[illegible]	41	X			NUEVA EPS	MARIANA PEREIRA	3116813353			24-11-2025 10:[illegible] [illegible]	
3	CC	1524[illegible]	[illegible]	43	X			NUEVA EPS	MARIANA PEREIRA	3218853953			24-11-2025 10:[illegible] [illegible]	
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3255308471			25-11-2025 [illegible] [illegible]	
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	S/S DATO	3054[illegible]			25-11-2025 [illegible] [illegible]	
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3135[illegible]			24-11-2025 [illegible] [illegible]	
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]			25-11-2025 [illegible] [illegible]	
8	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	PEREIRA	3216571[illegible]			24-11-2025 [illegible] RICARDO [illegible]	
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	60		X		SIN DATO	GUATICA, RISARALDA	+[illegible]			25-11-2025 [illegible] [illegible]	
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	[illegible]	3[illegible]			24-11-2025 [illegible] RICARDO [illegible]	



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 05-2017

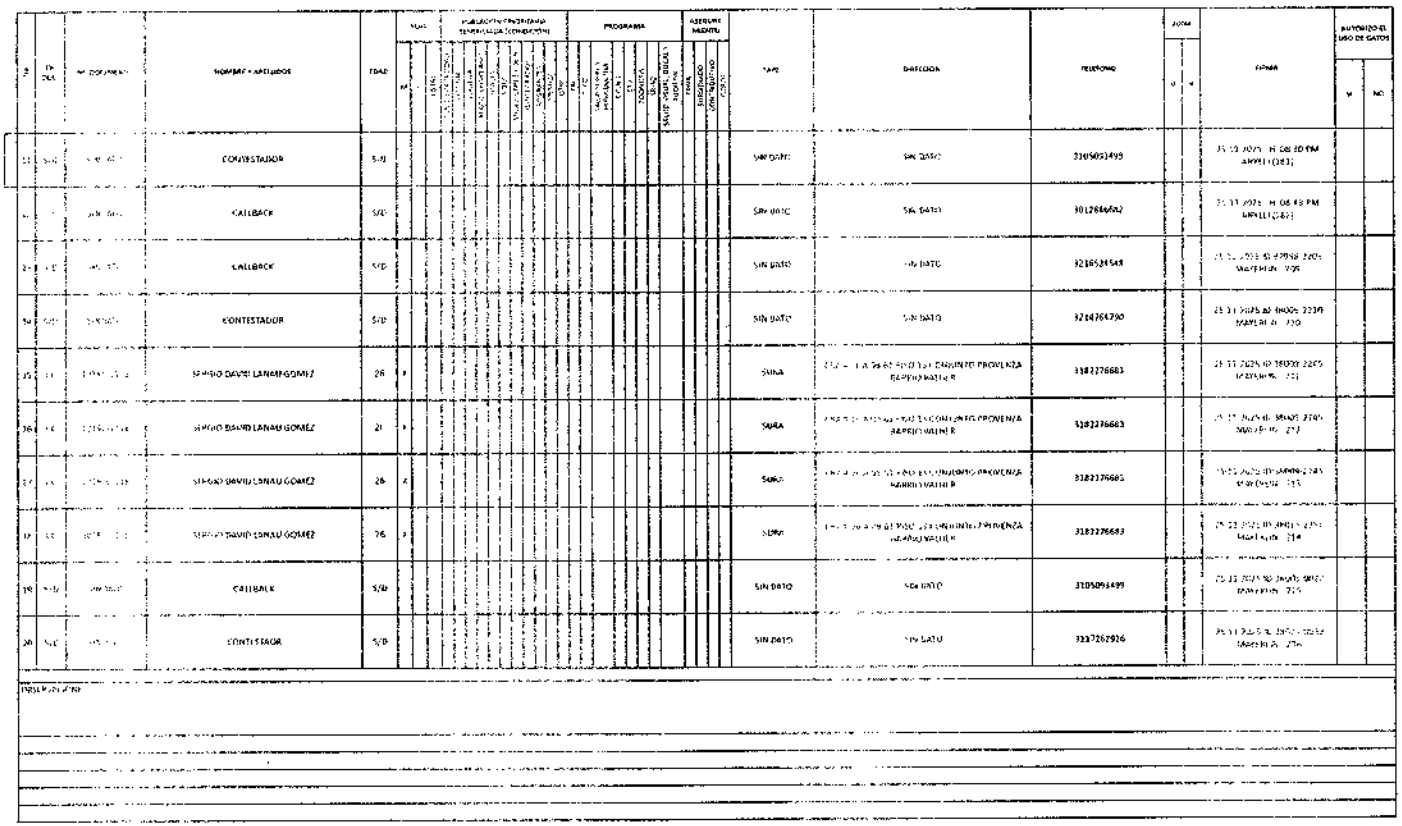
CONTRATISTA: FOURPERSONTOOLS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LÍNEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LÍNEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	No. DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN VULNERABLE Y ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	PAIS	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA U R	FECHA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	1088[illegible]	LLANOS MARTINEZ USUARIO NO ATENDIDO ADRIANDRA	[illegible]	M	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	PEREIRA	3[illegible]		25-11-2015 11:02:42 PM SANTI[illegible]		X
2	CC	SIN DATO	FRANCY NAYLE CANTERO MANCERA EQUIVOCADA	[illegible]	F	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	DOSQUEBRADAS PEREIRA	3[illegible]		25-11-2015 11:50:45 PM ANYELI[illegible]		
3	CC	SIN DATO	JUAN JOSE MEJIA SALAZ	[illegible]	M	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	CALLE 24 NRO 9-08 CENTRO PEREIRA	3[illegible]		25-11-2015 11:07:45 PM ANYELI[illegible]		
4	CC	SIN DATO	SANDRA MELIZO	[illegible]	F	[illegible]	[illegible]	[illegible]	ALEMANIA	LAS VIOLETAS DOSQUEBRADAS	3[illegible]		25-11-2015 11:04:27 PM SANTI[illegible]		
5	CC	SIN DATO	CALERO A	[illegible]	F	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]		25-11-2015 11:06:53 PM ANYELI[illegible]		
6	CC	1[illegible]	LEIDY TATIANA SUAN GONZALEZ	[illegible]	F	[illegible]	[illegible]	[illegible]	ALEMANIA	SALIDA VEREDA LAS ESCOBINAS	3[illegible]		25-11-2015 11:08:21 PM ANYELI[illegible]		
7	CC	SIN DATO	SANDRA MILENA GUTIERREZ	[illegible]	F	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]		25-11-2015 11:06:39 PM ANYELI[illegible]		
8	CC	1[illegible]	LLANOS MARTINEZ USUARIO NO ATENDIDO SANDRA MILENA GUTIERREZ	[illegible]	F	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]		25-11-2015 11:07:03 PM ANYELI[illegible]		
9	CC	SIN DATO	LLANOS MARTINEZ USUARIO NO ATENDIDO SANDRA MILENA GUTIERREZ	[illegible]	F	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SIN DATO	SIN DATO	3[illegible]		25-11-2015 11:07:12 PM ANYELI[illegible]		
10	CC	SIN DATO	EDUARDO JARAMILLO	[illegible]	M	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SANITAS	CUBA PEREIRA HOSPITAL DE BIRMANIA MZ 1 A CS 13	3[illegible]		25-11-2015 11:07:45 PM ANYELI[illegible]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

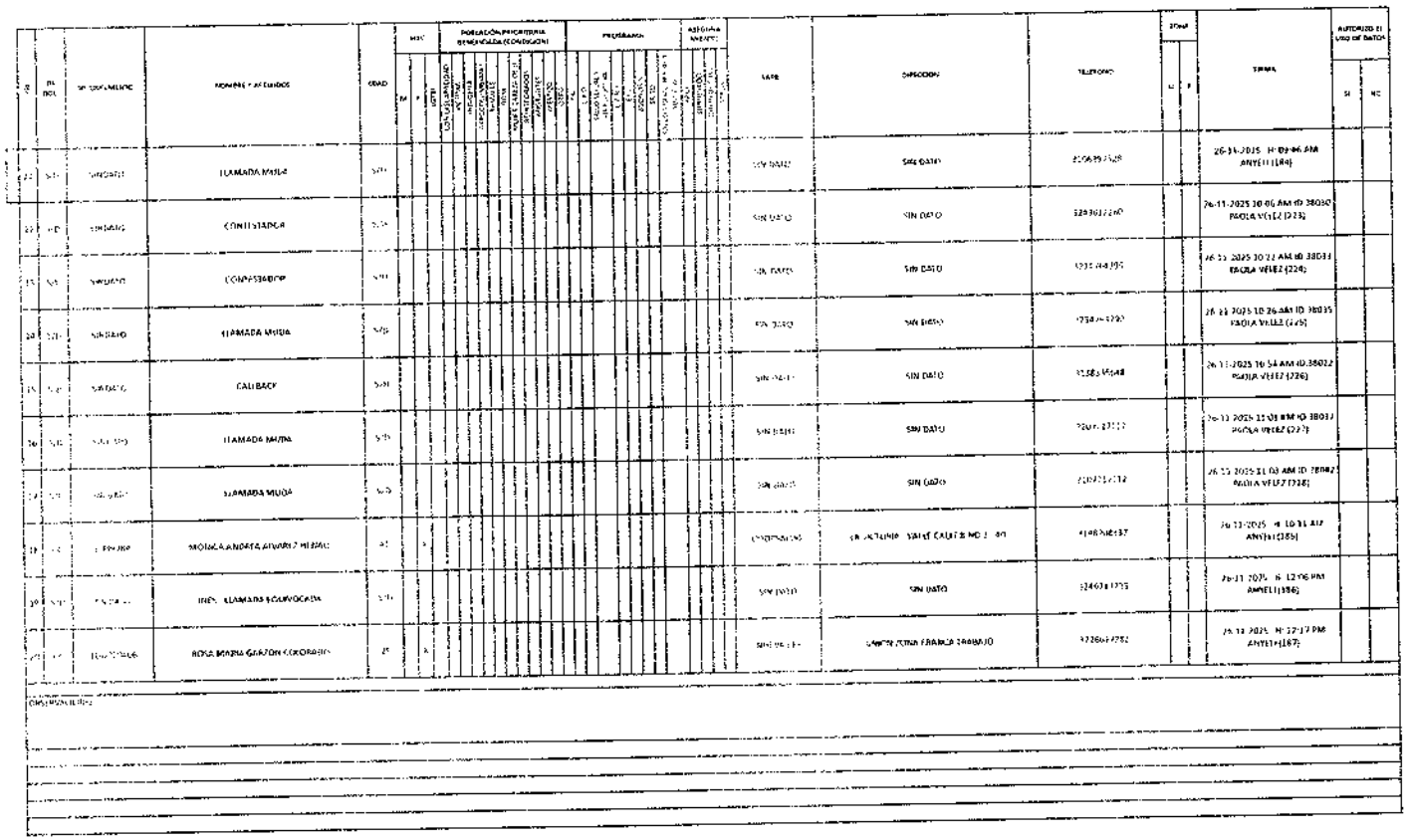
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No	PP INDIC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	U.M.	SOSPECHA PROBABILIDAD ENFERMEDAD/CONDICION	ANTIGUAS	ASEGURA TRATAMIENTO	MPS	OMS/OPS	TELEFONO	TOMA		FECHA	NOTIFICACION EN LINEA DE DATOS	
												SI	NO		SI	NO
1	S/D	SIN DATO	YASMIN	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3015671970			[illegible]		
2	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3015671970			[illegible]		
3	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3235444970			25-11-2025 10:38:00 a.m. MANTENIMIENTO		
4	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3004986965			25-11-2025 10:39:00 a.m. MANTENIMIENTO		
5	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3113762470			25-11-2025 10:55:00 a.m. MANTENIMIENTO		
6	S/D	SIN DATO	JONATHAN	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3187755620			25-11-2025 10:58:00 a.m. MANTENIMIENTO		
7	S/D	SIN DATO	ARACELLY	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3055550221			25-11-2025 11:11 AM (0) [illegible]		
8	S/D	SIN DATO	CONFESADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3218331642			25-11-2025 11:07:20 AM MANTENIMIENTO		
9	S/D	SIN DATO	FLOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3106451234			25-11-2025 [illegible]		
10	S/D	SIN DATO	JORGE IVAN	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3002038154			25-11-2025 [illegible]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

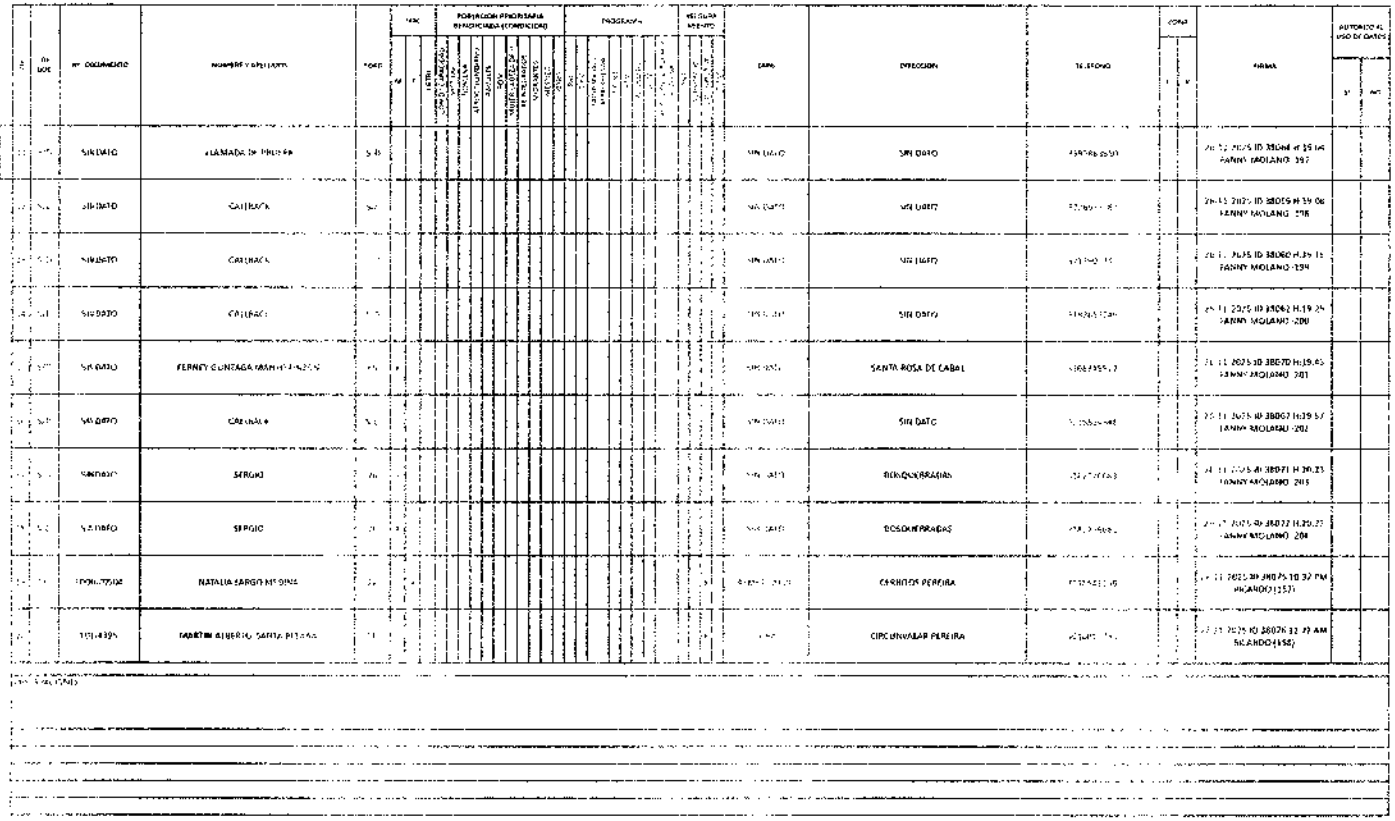
GESTION EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Version: 01 — Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOSOCIAL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ATENCIONES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No	Tipo Doc	No Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	SGSSS	Población Especial	Programa	Asegurado	Sexo	EAPB	Dirección	Teléfono	Zona U	Zona R	Autoriza Uso de Datos SI	Autoriza Uso de Datos NO
1	S/D	[illegible]	CALLBACK	S/D						SIN DATO	[illegible]	3160913280				X
2	S/D	[illegible]	CALLBACK	S/D						SIN DATO	[illegible]	3134764760				
3	CC	[illegible]	[illegible] JUAN MARQUEZ VIEJA	64	X					NUEVA EPS	[illegible]	3206894799				
4	S/D	[illegible]	CALLBACK	S/D						SIN DATO	[illegible]	3134225602				
5	S/D	[illegible]	CALLBACK	S/D						SIN DATO	[illegible]	3108478616				
6	S/D	[illegible]	[illegible] ADRIANA DURAN GONZALEZ	37	X					SIN DATO	[illegible]	3226681231				
7	S/D	[illegible]	UNIMAR	31	X					SIN DATO	[illegible]	3134649214				
8	S/D	[illegible]	CALLBACK	S/D						SIN DATO	[illegible]	3116117137				
9	S/D	[illegible]	CALLBACK	S/D						SIN DATO	[illegible]	3124211974				
10	S/D	[illegible]	CALLBACK	S/D						SIN DATO	[illegible]	4126050176				



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 04/2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

Nº	TIP DOC	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA REGISTRADA (CONDICIÓN)	FECHA/HORA	ATENCIÓN AMBITO	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA	HORA	SUFICIENCIA CANASTA SALUD	
														SI	NO
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		27 11 2025 10 38074 3 09 AM RICARDO [illegible]		
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		569 27 11 2025 10 [illegible] H 06 01 AM LEYDI MARIN		
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		598 27 11 2025 10 38079 H 06 39 AM LEYDI MARIN		
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	CHINA, PEREIRA	[illegible]		599 27 11 2025 10 38081 H 06 46 AM LEYDI MARIN		
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		597 27 11 2025 10 38082 H 07 08 AM LEYDI MARIN		
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		594 27 11 2025 10 38084 H 08 11 AM LEYDI MARIN		
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	31	F				NUEVA EPS	MARIVA, PEREIRA	[illegible]		344 27 11 2025 10 36532 H 08 51 AM LEYDI MARIN		
8	S/D	SIN DATO	[illegible]	22	F				ASMET SALUD	BOSQUE BRAVO	[illegible]		345 27 11 2025 10 38086 H 08 58 AM LEYDI MARIN		
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		596 27 11 2025 10 38040 H 11 06 AM LEYDI MARIN		
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		597 27 11 2025 10 38099 H 33 08 AM LEYDI MARIN		

N°	TIP DOC	N. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASESORÍA APOYO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
11	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3148567211			198 27-11-2025 ID 78301 H 11:29 AM LEYDI MARIN		x
12	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3215151056			199 27-11-2025 ID 38309 H 11:35 AM LEYDI MARIN		x
13	S/D	SIN DATO	LLAMADA MANUAL	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3215151056			200 27-11-2025 ID 38395 H 12:15 PM LEYDI MARIN		x
14	S/D	SIN DATO	LLAMADA MANUAL	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3215151056			201 27-11-2025 ID 38306 H 12:15 PM LEYDI MARIN		x
15	S/D	SIN DATO	LLAMADA MANUAL	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3215751056			202 27-11-2025 ID 38396 H 12:15 PM LEYDI MARIN		
16	S/D	SIN DATO	LLAMADA MANUAL	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3215351056			203 27-11-2025 ID 36396 H 12:15 PM LEYDI MARIN		
17	S/D	SIN DATO	LLAMADA MANUAL	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3215351056			204 27-11-2025 ID 38706 H 12:15 PM LEYDI MARIN		
18	S/D	SIN DATO	LLAMADA MANUAL	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3215351056			205 27-11-2025 ID 38106 H 12:16 PM LEYDI MARIN		
19	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3222162732			206 27-11-2025 ID 38087 H 12:21 PM LEYDI MARIN		x
20												3205828836			207 27-11-2025 ID 38050 H 01:02 PM LEYDI MARIN		x

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Mes de: D -

Vigencia: 08-2017

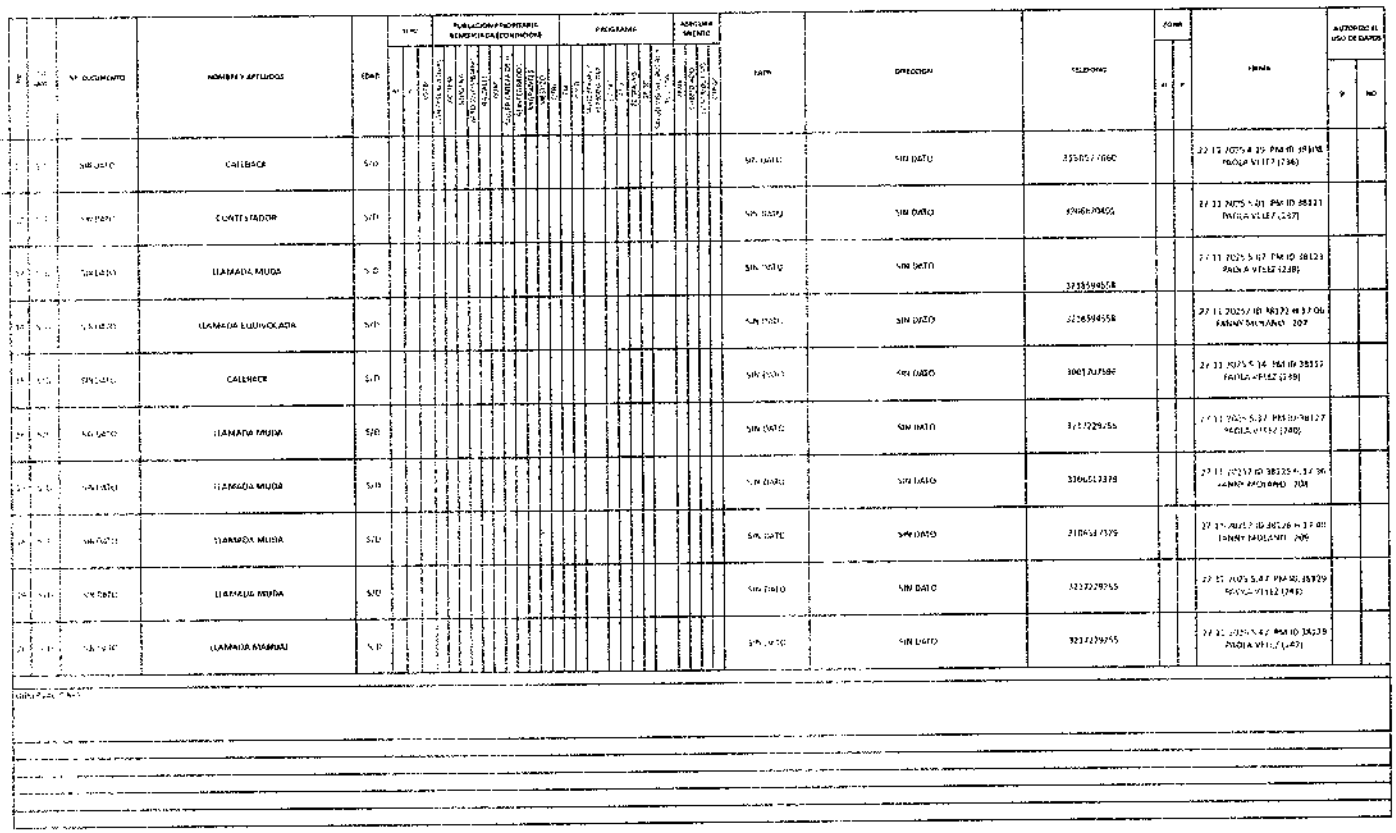
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOSOCIAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LÍNEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LÍNEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

Nº	TIPO DOC.	Nº DE DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	A/P	POBLACIÓN PRIORITARIA AFECTADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURA MIENTO	CAPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	1088543156	YASMIN LARGO MEDINA	22	A				SIN DATO	PEREIRA	3108543156				
2	CC	1053783	CESAR CALDERON	S/D	A				SIN DATO	PEREIRA	3015393059				
3	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3108763854				
4	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3207355613				
5	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3233481623				
6	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	1200001050				
7	S/D	SIN DATO	CALLBACK	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3152333693				
8	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3223318612				
9	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3206400115				
10	S/D	SIN DATO	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3233078664				



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PUBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 02 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIPO DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO (M, F, LGTBI)	POBLACIÓN PRIORITARIA (VICTIMAS, INDIGENA, AFRO, ROM, DISCAPACIDAD, GESTANTES, HABITANTE DE CALLE, PPL, ETC)	PROGRAMA (SALUD MENTAL, SALUD PUBLICA, ETC)	ASEGURADO (SI/NO)	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA (U, R)	FIRMA	AUTORIZA ENVIO DE DATOS (SI, NO)
1	CC	1093736643	LUZ MANUELA [illegible]	18	F				NUEVAS	VILLA DEL PRADO	[illegible]		27-11-2025 6:24 PM ID 35150 PAOLA VELEZ (244)	SI
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		27-11-2025 ID 35118 H 10:29 ZARAY MOLANO 219	
3	S/D	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		27-11-2025 7:00 PM ID 35133 PAOLA VELEZ (244)	
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		27-11-2025 8:04 PM ID 35139 PAOLA VELEZ (244)	
5	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		27-11-2025 ID 35142 H 20:18 ZARAY MOLANO 219	
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		27-11-2025 8:34 PM ID 35133 PAOLA VELEZ (244)	
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	28	F				SIN DATO	DOSQUEBRADAS	[illegible]		27-11-2025 ID 35133 H 20:58 ZARAY MOLANO 219	
8	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		27-11-2025 8:54 PM ID 35136 PAOLA VELEZ (244)	
9	CC	1088614561	DANIFE CAROLINA GARCIA	17	F				SURA	CRA 17 # 35-21	[illegible]		27-11-2025 H 10:10 PM ANYELI (188)	
10	S/D	SIN DATO	USUARIO NO ATENDIDO - LLAMADA DE PRUEBA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		27-11-2025 H 11:56 PM ANYELI (188)	

#	TIP DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN [illegible]	PROGRAMA	ASEGURADORA	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO SI	AUTORIZO NO
11	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3115071612			28-11-2025 H. 03:53 AM ANYELI (190)		
12	S/D	SIN DATO	[illegible]	21	X					ASMET SALUD	SAN JORGE [illegible]	[illegible]6106487			28-11-2025 H. 03:55 AM ANYELI (191)		
13	S/N	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]7448688			28-11-2025 H. 04:39 AM ANYELI (192)		
14	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			28-11-2025 H. 05:23 AM ANYELI (193)		
15	S/D	SIN DATO	SIN DATO	S/D	X					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]3029			28-11-2025 10:38 [illegible] MAYERLIN 223		
16	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]448658			28-11-2025 10:38 [illegible] MAYERLIN 224		
17	S/D	SIN DATO	[illegible]	39		X				ASMET SALUD	CAÑARI	[illegible]08848569			28-11-2025 10:38 [illegible] MAYERLIN 225		
18	S/D	SIN DATO	[illegible]	33		X				ASMET SALUD	CAÑARI	[illegible]05548569			28-11-2025 10:38 [illegible] MAYERLIN 226		
19	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]7044735			209 28-11-2025 10:38 [illegible] 17 AM [illegible]		
20	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D						SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			28-11-2025 10:38 [illegible] MAYERLIN 228		

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 30-20 17

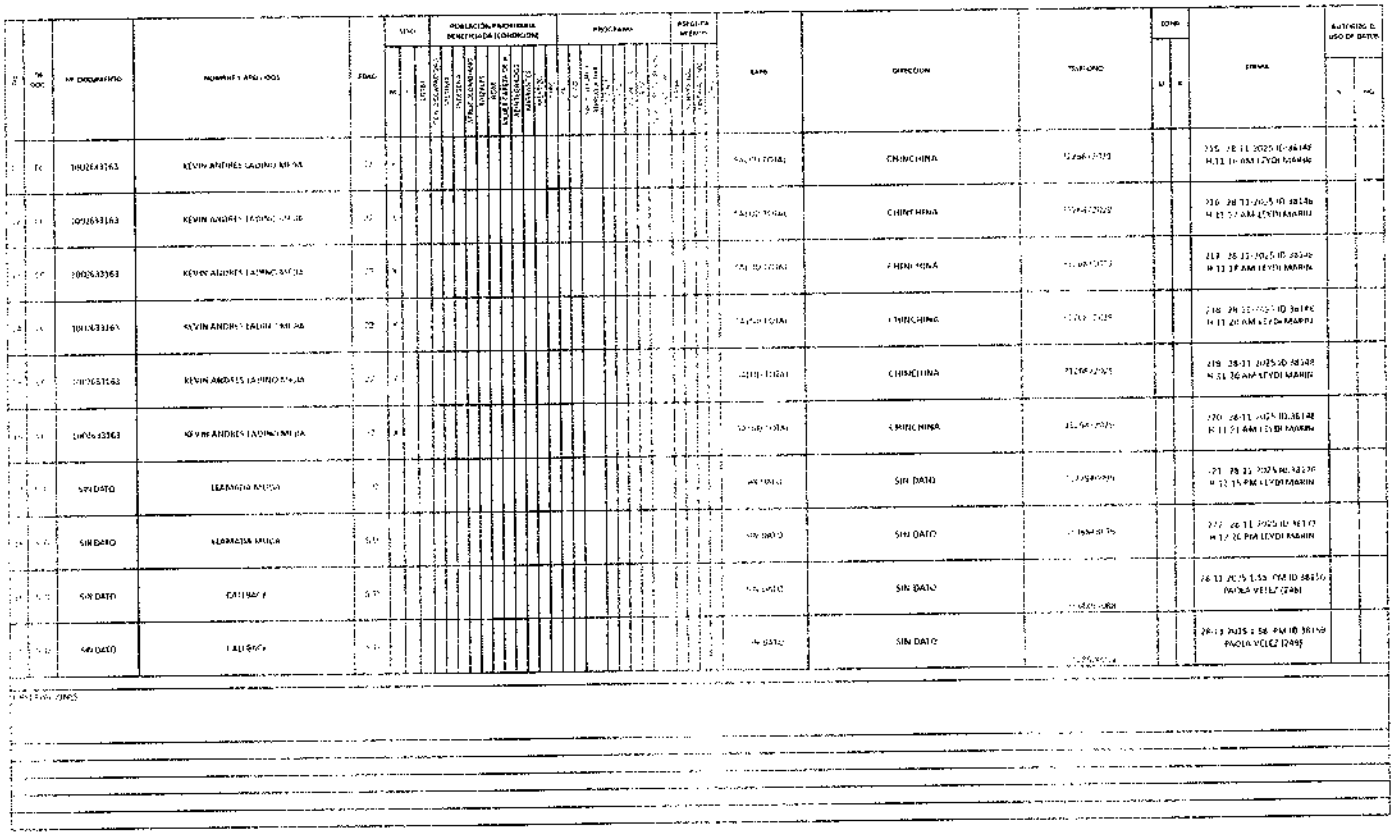
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN LÍNEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LÍNEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TIPO DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORIZADA Y ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	VEREDA	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	1004511781	KEVIN ANDRES LADINO MEJIA	22	X					SALUD TOTAL	CHINCHINA	3126877039					X
2	S/D	SIN DATO	INTERVENCION RED ACENTRO	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3013763007					
3	S/D	SIN DATO	CLEMENCIA MUDA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3106792823					
4	S/D	SIN DATO	INVESTIGADOR	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3187176893					
5	S/D	SIN DATO	EVALUADOR	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3127940098					
6	CC	1004511781	KEVIN ANDRES LADINO MEJIA	22	X					SALUD TOTAL	CHINCHINA	3126877039					
7	S/D	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3103993976					
8	S/D	SIN DATO	LLAMADA MUDA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3127130712					
9	S/D	SIN DATO	ANGELICA CAMILLO	17	X					NUEVA EPS	VILLA SANTANA - PEREIRA	3233480088					
10	S/D	SIN DATO	LLAMADA ANIDIA	S/D						SIN DATO	SIN DATO	3216516790					



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 04-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: AGENTES UNER AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

No.	TIPO DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA (ENFOQUE DIFERENCIAL)	PROGRAMA	ÁREA	BARRIO	DIRECCIÓN	ZONA	FIRMA	AUTORIZACIÓN USO DE DATOS	
					M / F / OTRO						U / R		SI	NO
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		28-11-2025 8:42 PM ID:38190 PAOLA VELEZ (249)		
2	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		28-11-2025 9:15 PM ID:38195 PAOLA VELEZ (170)		
3	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]				SIN DATO	PEREIRA	[illegible]		28-11-2025 10:38202 H 21 49 FANNY MOLANO 214		
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		28-11-2025 ID 38179 H.25 19 FANNY MOLANO 214		
5	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]				SIN DATO	PEREIRA	[illegible]		29-11-2025 ID 38206 H 00 01 JAN FANNY MOLANO 215		
6	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		29-11-2025 ID 38206 H 6 17 FANNY MOLANO 216		
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		29-11-2025 ID 38205 H 7 42 FANNY MOLANO 217		
8	S/D	SIN DATO	LLAMADA DE PRUEBA	[illegible]				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		29-11-2025 ID 38209 H 9 04 FANNY MOLANO 218		
9	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		29-11-2025 ID 38210 H 35 AM RICARDO (160)		
10	S/D	SIN DATO	[illegible]	[illegible]				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]		29-11-2025 ID 38213 H 45 AM RICARDO (161)		

#	TIPO DOC	N° DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	M	F	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO USO DE DATOS SI	AUTORIZO USO DE DATOS NO
11	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3003098453			29-11-2025 ID 38[illegible] MAYERLIN 234		
12	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3214764794			29-11-2025 ID 38[illegible] MAYERLIN 235		
13	CC	1083550164	[illegible] CATALINA BOLAÑOS [illegible]	22		X	.	SALUD TOTAL	CRA 9 N° 9-42 BARRIO [illegible] PESCUERA	3046396692			29-11-2025 ID 38[illegible] RICARDO (367)		
14	S/D	SIN DATO	[illegible] RAMIREZ	S/D				SIN DATO	SIN DATO	3183562271			29-11-2025 ID 38221 [illegible] RICARDO (3635)		
15	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			29-11-2025 ID 38226 [illegible] RICARDO (364)		
16	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			29-11-2025 ID 38[illegible] MAYERLIN 236		
17	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			29-11-2025 ID 38[illegible] MAYERLIN 237		
18	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			29-11-2025 ID 38[illegible] MAYERLIN 238		
19	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D				SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			29-11-2025 ID 38228 [illegible] MAYERLIN 239		
20	CC	10034395	[illegible]	[illegible]	Y		Y	SURA	CIRCUNVALAR [illegible]	[illegible]			30-11-2025 ID 38323 [illegible] RICARDO (370)		[illegible]

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 05-2017

CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA
FECHA: NOVIEMBRE | REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA
MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TIP DOC.	# DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	SEXO	POBLACIÓN PRIORITARIA A INTERVENCIÓN COMUNITARIA	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	FIRMA	HUELLA	NOTIFICACIÓN DE USO DE DATOS
13	S/D	[illegible]	LLAMADA AMIGA	S/D					SIN DATO	[illegible]	3206[illegible]8		[illegible]	
14	S/D	[illegible]	ESTEFAN	[illegible]					SIN DATO	[illegible]	0066[illegible]		[illegible]	
15	S/D	[illegible]	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3206617783		[illegible]	
16	S/D	[illegible]	CONTESTADOR	S/D					SIN DATO	[illegible]	3142869776		[illegible]	
17	S/D	[illegible]	LLAMADA	S/D					SIN DATO	[illegible]	3218114430		[illegible]	
18	S/D	[illegible]	LLAMADA EQUIVOCADA	S/D					SIN DATO	[illegible]	3218324309		[illegible]	
19	S/D	[illegible]	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	[illegible]	3226913254		[illegible]	
20	S/D	[illegible]	LLAMADA MUDA	S/D					SIN DATO	SIN DATO	3126470470		[illegible]	
1	S/D	[illegible]	CLAUDIA CASTAÑO	57	X				SALUD TOTAL	[illegible]	3107649362		[illegible]	X
2	S/D	[illegible]	CALLADA	S/D					SIN DATO	[illegible]	3215607284		[illegible]	

#	Nº DÍA	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA / PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	[illegible]	SIN DATO	[illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			30-11-2025 ID 38284-38284 MAYERLIN - 240		
2	[illegible]	1088035754	CHRISTIAN CAMILO GAITAN [illegible]	[illegible]	X				[illegible]	EL BOSQUE	[illegible]			30-11-2025 ID 38300-38300 MAYERLIN - 241		
3	[illegible]	SIN DATO	LLAMADA [illegible]	[illegible]					SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			30-11-2025 ID 38302-3602 MAYERLIN - 242		
4	[illegible]	1088035754	CHRISTIAN CAMILO GAITAN [illegible]	[illegible]	X				[illegible]	EL BOSQUE	[illegible]			30-11-2025 ID 38300-38300 MAYERLIN - 243		
5	[illegible]	1088035754	CHRISTIAN CAMILO GAITAN [illegible]	[illegible]	X				[illegible]	EL BOSQUE	[illegible]			30-11-2025 ID 38300-38300 MAYERLIN - 244		
6	[illegible]	1088035754	CHRISTIAN CAMILO GAITAN [illegible]	[illegible]	X				SOS	EL BOSQUE	[illegible]			30-11-2025 ID 38300-38300 MAYERLIN - 245		
7	[illegible]	[illegible]	LIZETH VALERIA SALAZAR RESTREPO	[illegible]		X			[illegible]	LA PRADERA	[illegible]			30-11-2025 ID 38310-3632 MAYERLIN - 246		
8	[illegible]	SIN DATO	IVAN JOSE		X				SIN DATO	DOSQUEBRADAS	[illegible]			15-11-2025 ID 37640 2:36 PM RICARDO (123)		
9	[illegible]	[illegible]	ANA SOFIA SALAZAR GARAVIÑO	[illegible]		X		X	[illegible]	[illegible] BOSQUES DE LA ACUARELA ETAPA [illegible] DOSQUEBRADAS	[illegible]			15-11-2025 ID 37602 3:47 PM RICARDO (125)		
10	[illegible]	[illegible]	JORGE IVAN RIOS CARDONA	[illegible]	X			X	[illegible]	CALLE [illegible] BARRIO PANORAMA COUNTRY DOSQUEBRADAS	[illegible]			[illegible] 2025 ID 37620 7:38 PM RICARDO (130)		

OBSERVACIONES:

3535

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 05-2014

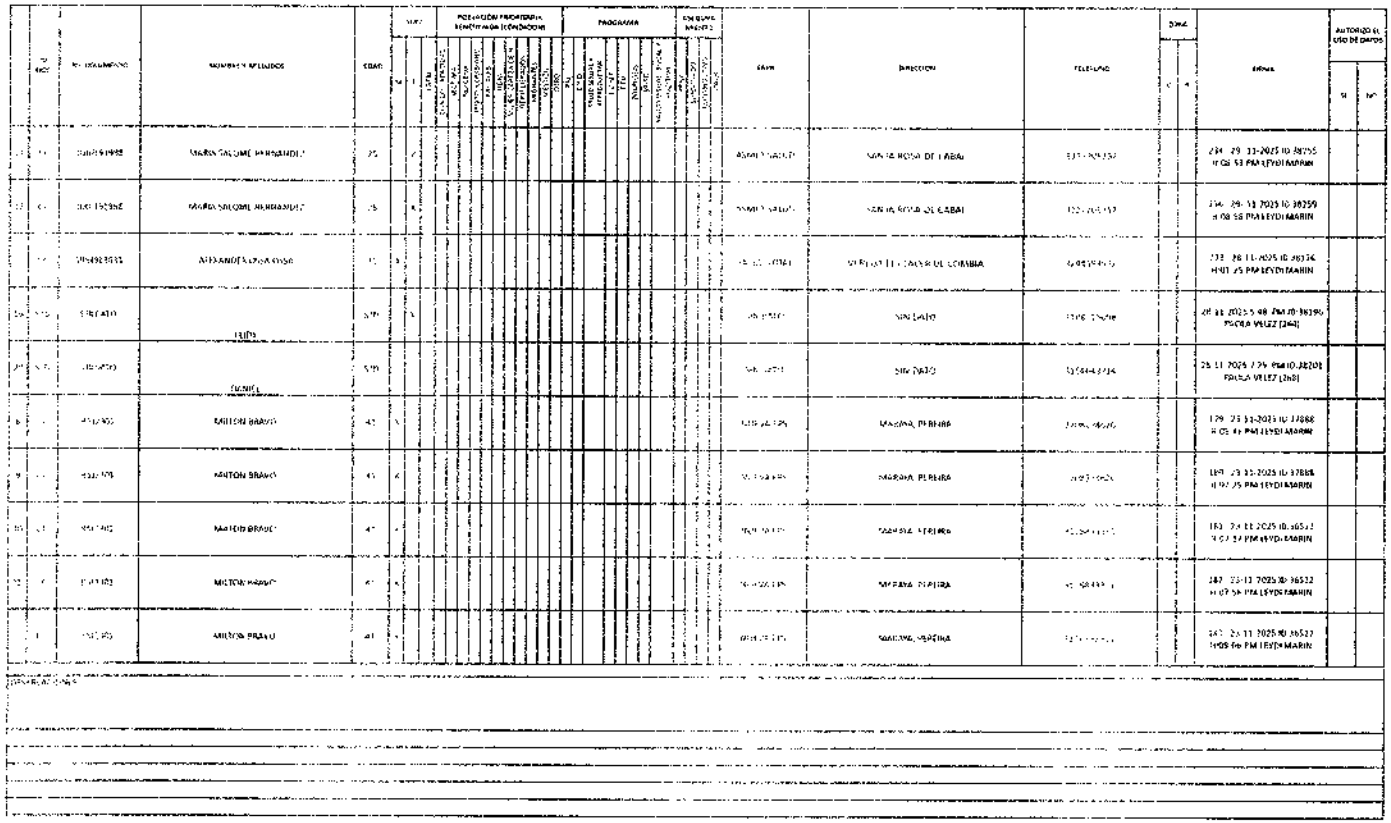
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE - REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

Nº	Tipo DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO Subsidiado	ASEGURAMIENTO Contributivo	ASEGURAMIENTO Otros	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZA EL USO DE DATOS SI	AUTORIZA EL USO DE DATOS NO
1	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D								SIN DATO	SIN DATO	3136249655			[illegible]		
2	CC	[illegible]	[illegible]	20	x					X		SANIDAD MILITAR	[illegible]	[illegible]			[illegible]		
3	S/D	SIN DATO	LLAMADA EQUIVOCADA	S/D								SIN DATO	SIN DATO	3218853604			[illegible]		
4	S/D	SIN DATO	[illegible]	S/D								SIN DATO	SIN DATO	3145399907			[illegible]		
5	CC	[illegible]	[illegible]	21	X							ASMET SALUD	SANTA ROSA DE CABAL [illegible]	[illegible]			[illegible]		
6	S/D	SIN DATO	LLAMADA [illegible]	S/D								SIN DATO	SIN DATO	[illegible]			[illegible]		
7	S/D	SIN DATO	[illegible]	33		X						SIN DATO	PEREIRA	3127643385			[illegible]		
8	S/D	SIN DATO	LLAMADA [illegible]	S/D								SIN DATO	SIN DATO	3013960442			[illegible]		
9	CC	1007097998	MARIA [illegible] HERNANDEZ	25		X						ASMET SALUD	SANTA ROSA DE CABAL	3127701252			[illegible]		
10	CC	1007097998	MARIA [illegible] HERNANDEZ	25		X						ASMET SALUD	SANTA ROSA DE CABAL	3127701252			[illegible]		



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 05-2017

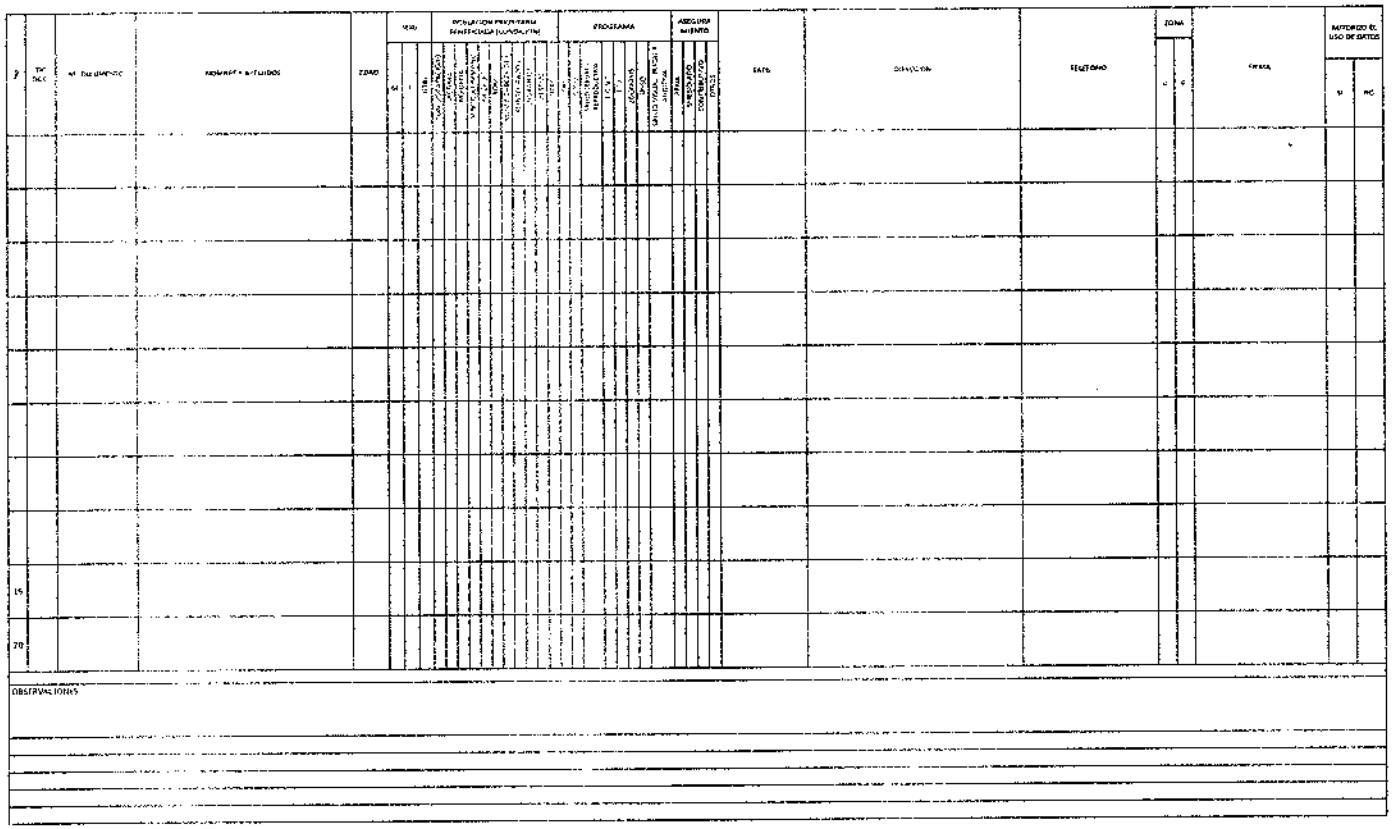
CONTRATISTA: EQUIPO PSICOLOGOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION LINEA AMIGA

FECHA: NOVIEMBRE REGISTRO DE ACTIVIDADES SALUD MENTAL LINEA AMIGA

MUNICIPIO/LUGAR: PEREIRA

#	TIPO DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZA USO DE DATOS SI	AUTORIZA USO DE DATOS NO
1	S/D	SIN DATO	JUAN CARLOS	[illegible]	/		SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			21-11-2025 ID 17773 H 18:24 FANNY MOLANO - 166		
2	S/D	SIN DATO	PUSANA	49		X	SIN DATO	PEREIRA	[illegible]			21-11-2025 ID 17782 H 20:04 FANNY MOLANO - 169		
3	CC	1010 745846	DIANA CAROLINA CARRILLO SARAVIA	[illegible]			SALUD TOTAL	BOSQUES DE GUATAPEBA	[illegible]			22-11-2025 ID 17804 (DOC) MAYERLIN - 179		


Nº
TIPO DOC
Nº DOCUMENTO
NOMBRES Y APELLIDOS
EDAD
SEXO
M
F
UTB
DISTRIBUCIÓN PREFERENTE BENEFICIARIO (MARCAR UNA)
CONYUGE
PADRES
HIJOS
HERMANOS
SOBRINOS
NIETOS
TIOS
PRIMOS
SUEGROS
YERNO
NUERA
CUÑADOS
PADRASTRO
MADRASTRA
HIJASTROS
NIETASTROS
PROGRAMA
CAMPO TERAPEUTICO
REHABILITACION
TECHO
ADOPCION
APOYO
CASA VIRGEN MARIA
ASEGURAMIENTO
CONTRIBUTIVO
SUBSIDIADO
COMPLEMENTARIO
OTROS
FECHA
DIRECCION
TELEFONO
ZONA
U
R
CIUDAD
AUTORIZO EL USO DE DATOS
SI
NO
OBSERVACIONES

HOMERIS	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	

Registro fotografico

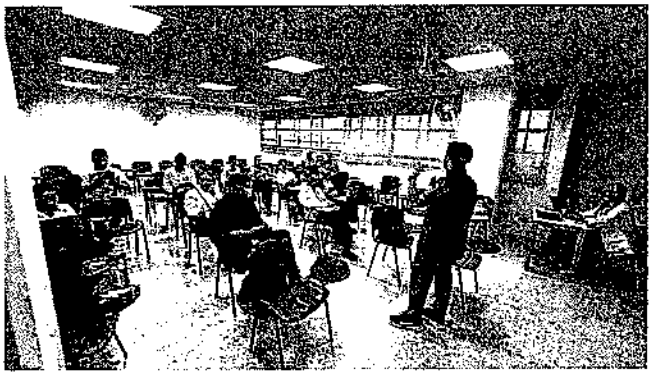


Nombre actividad: Difusión de la Línea Amiga.
Fecha: 06 de Noviembre del 2025
Lugar: Fundación Universitaria del Areandina.

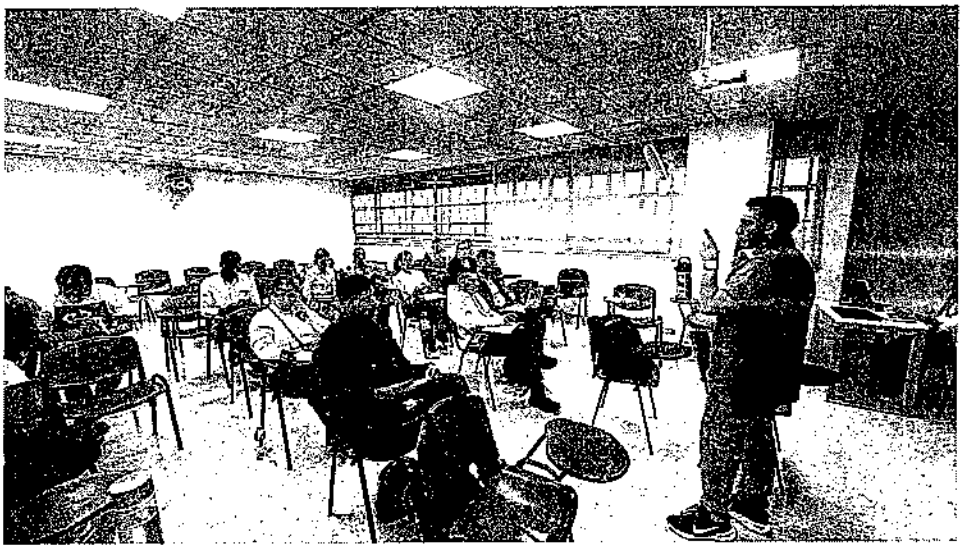
Registro fotografico

HOMERIS	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	

Registro fotografico







Nombre actividad: Difusión de la Línea Amiga.
Fecha: 06 de Noviembre del 2025
Lugar: Fundación Universitaria del Areandina.

Registro fotografico





Nombre actividad: Programa de salud
Fecha: 8 de Noviembre del 2025
Lugar: **Belén de Umbría**-Vereda Pinar del Río.

Registro fotografico

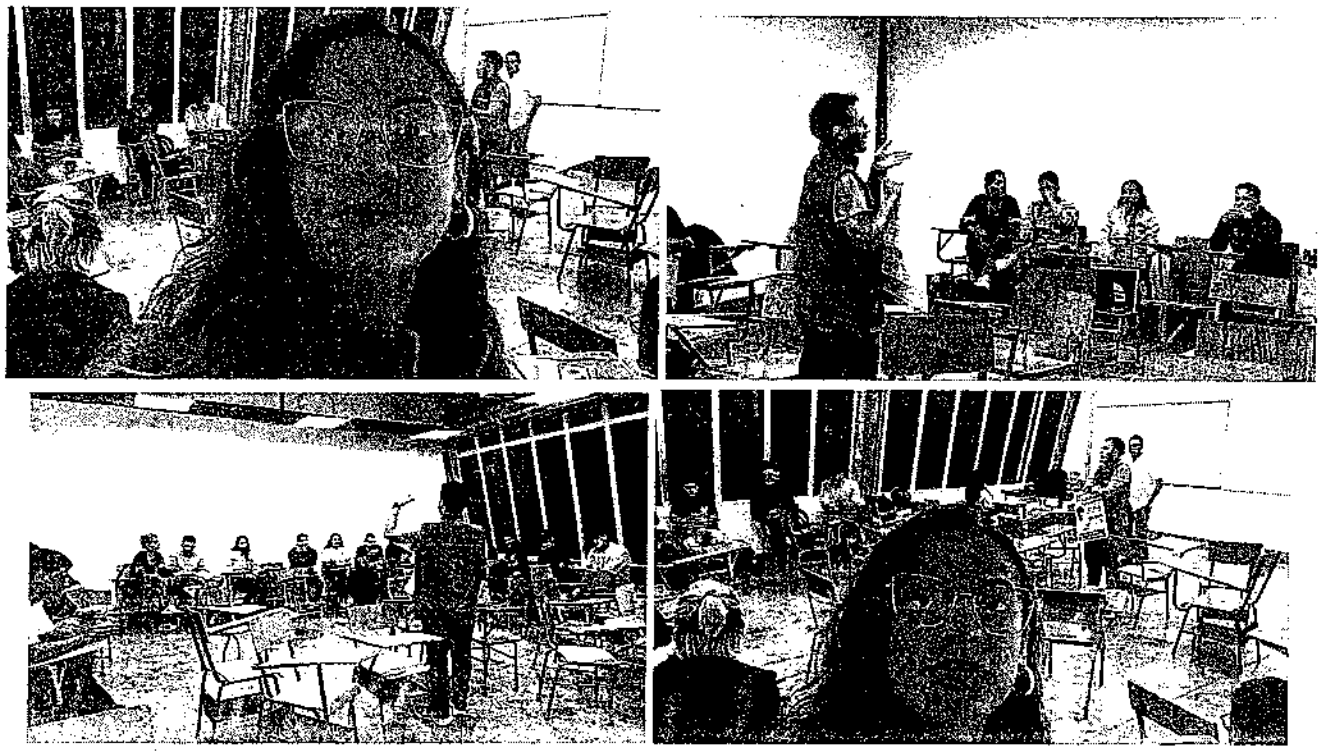




Nombre actividad: Programa de salud
Fecha: 8 de Noviembre del 2025
Lugar: **Belén de Umbría**-Vereda Pinar del Río.

Registro fotografico

	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	



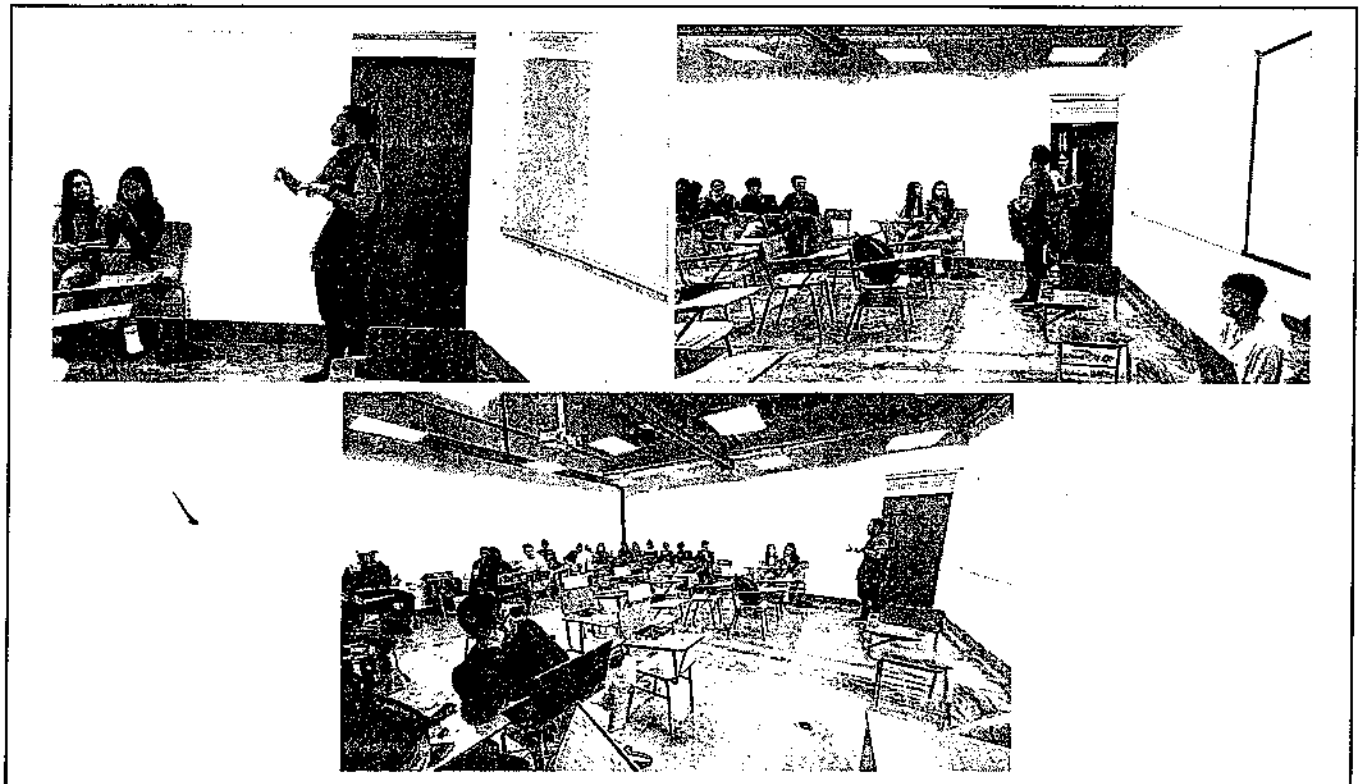
Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga, grupo administración de empresas grupo 1.

Fecha: 11 de Noviembre del 2025

Lugar: UTP- Facultad de humanidades.

Registro fotografico

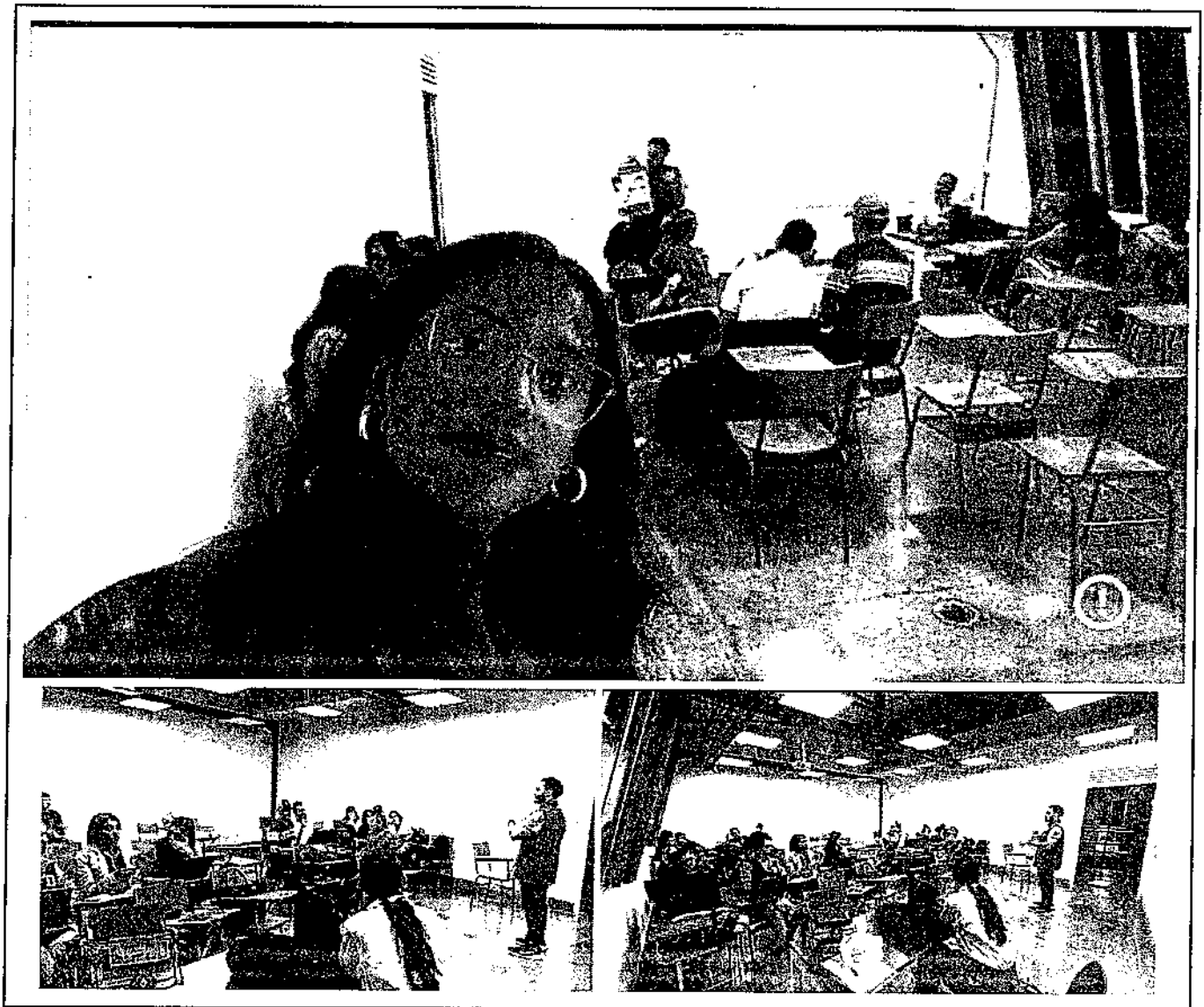
	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	



Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga, grupo administración de empresas grupo 2.
Fecha: 11 de Noviembre del 2025
Lugar: UTP- Facultad de humanidades.

Registro fotografico

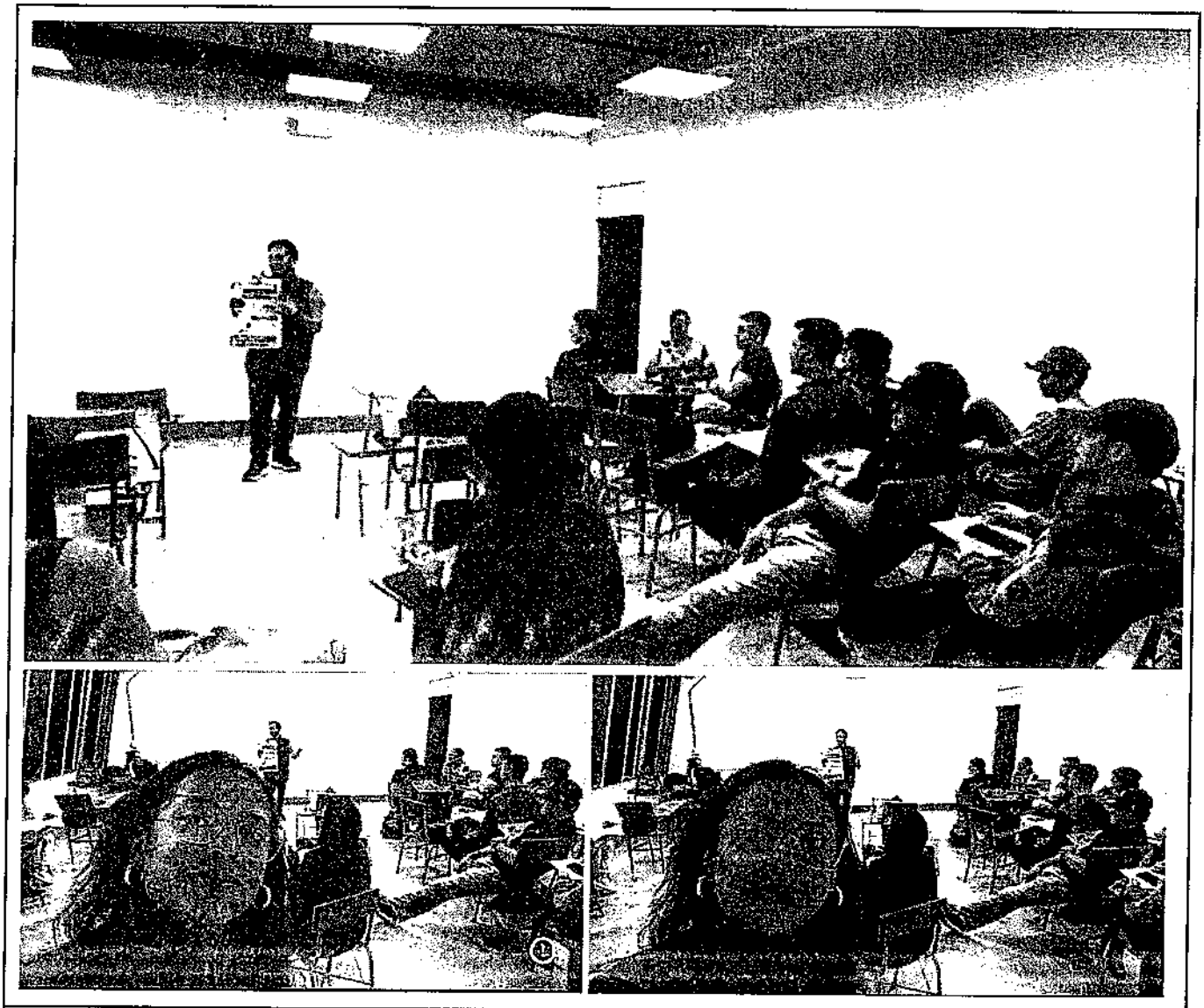
	PROCESO- GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	



Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga, grupo administración de empresas grupo 3.
Fecha: 11 de Noviembre del 2025
Lugar: UTP- Facultad de humanidades.

Registro fotografico

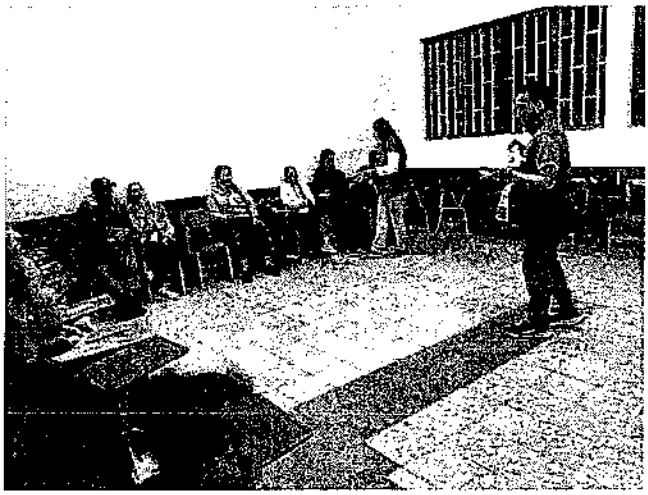
HOMERIS	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	



Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga, grupo administración de empresas grupo 4.
Fecha: 11 de Noviembre del 2025
Lugar: UTP- Facultad de humanidades.

Registro fotografico

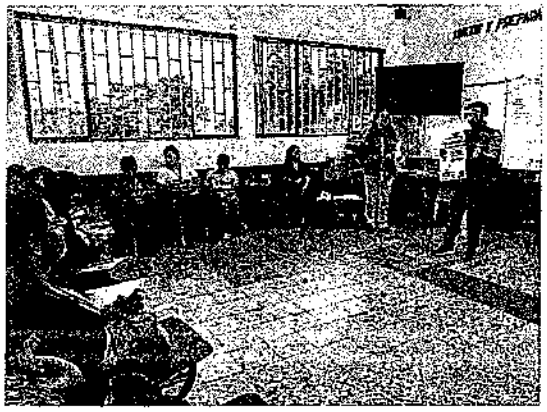
HOMERIS	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	

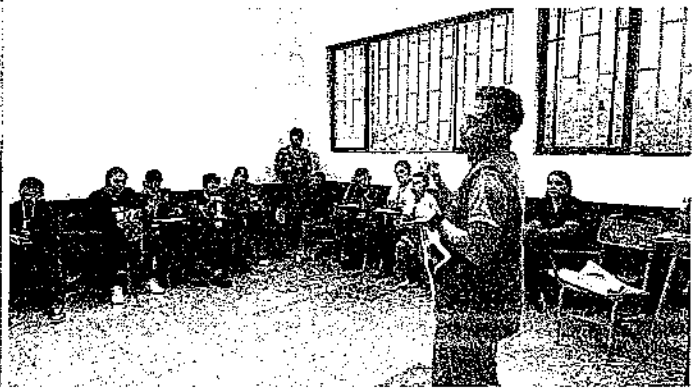




Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga -Familias fuertes.
Fecha: 12 de Noviembre del 2025.
Lugar: **Corregimiento Arabia**-Institución Educativa San Francisco de Asís.

Registro fotografico





Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga -Familias fuertes.
Fecha: 12 de Noviembre del 2025.
Lugar: **Corregimiento Arabia**-Institución Educativa San Francisco de Asís.

Registro fotografico

HOMERIS	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	



Nombre actividad: Taller escucha activa y difusión de la estrategia Línea Amiga.
Fecha: 14 de Noviembre del 2025
Lugar: Fundación Universitaria del Area Andina- Grupo de líderes.

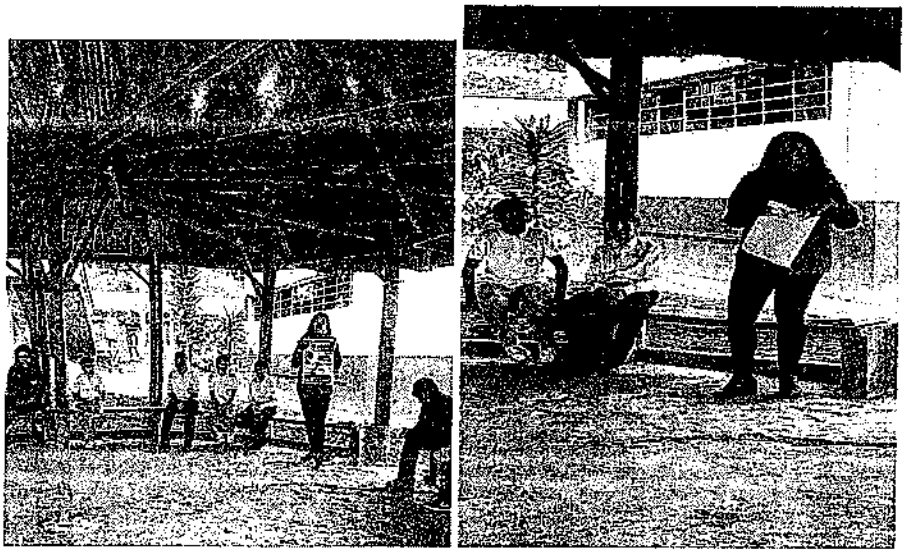
Registro fotografico

HOMERIS Calidad y Humanización	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	

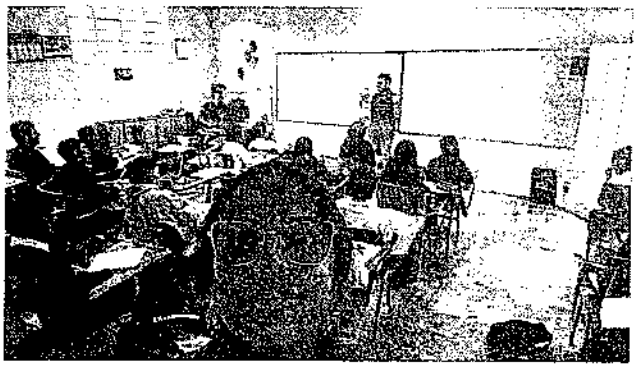


Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga grupos de 5°.
Fecha: 14 de Noviembre del 2025
Lugar: **Quinchia-** Núcleo Educativo Rural de Quinchía

Registro fotografico



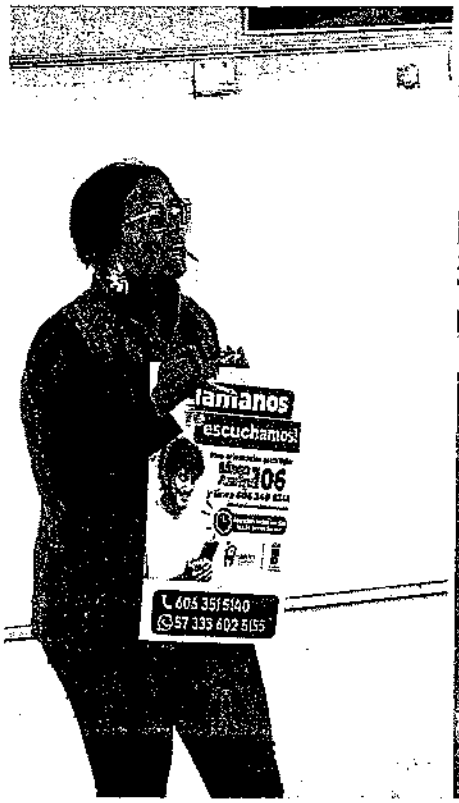
	PROCESO- GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	



Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga grupos de 6°.
Fecha: 14 de Noviembre del 2025
Lugar: **Quinchia-** Núcleo Educativo Rural de Quinchía

Registro fotografico

	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	



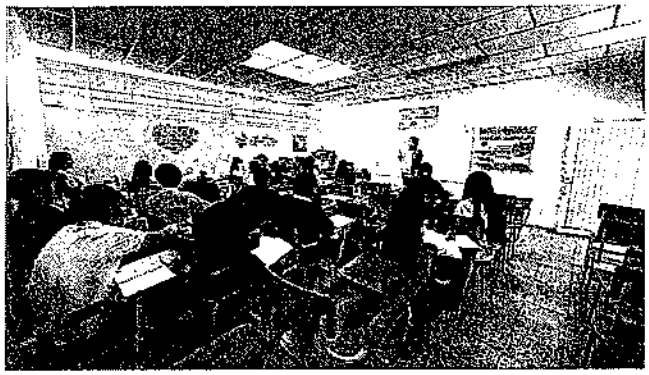


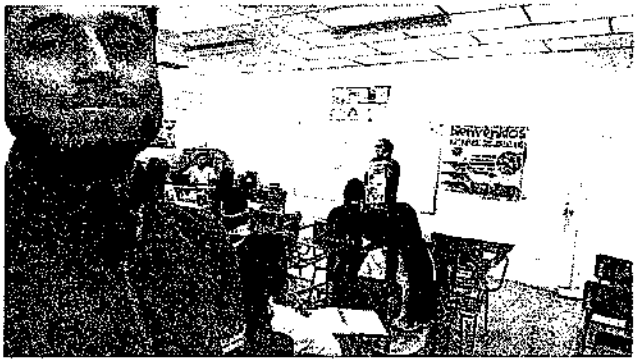


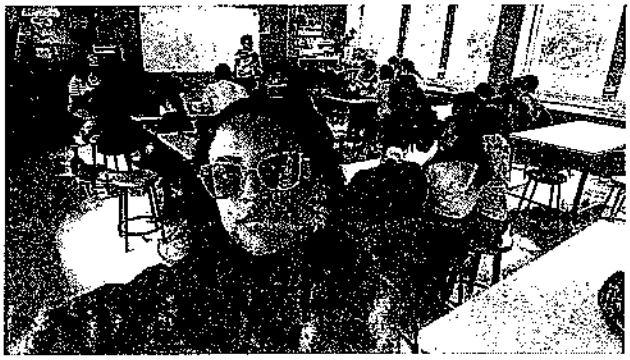
Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga grupos de 7°.
Fecha: 14 de Noviembre del 2025
Lugar: **Quinchia**- Núcleo Educativo Rural de Quinchía

Registro fotografico

HOMEROS	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	







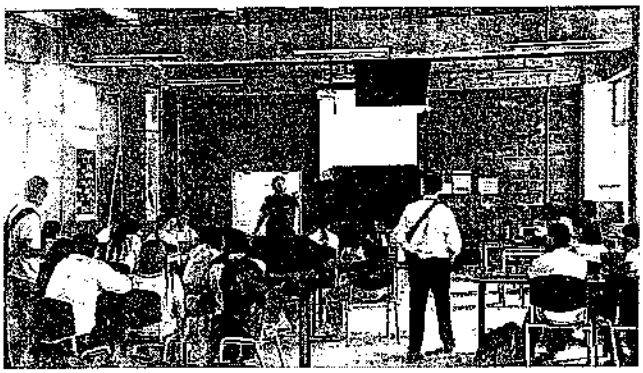
Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga grupos de 8°.
Fecha: 14 de Noviembre del 2025
Lugar: **Quinchia-** Núcleo Educativo Rural de Quinchía

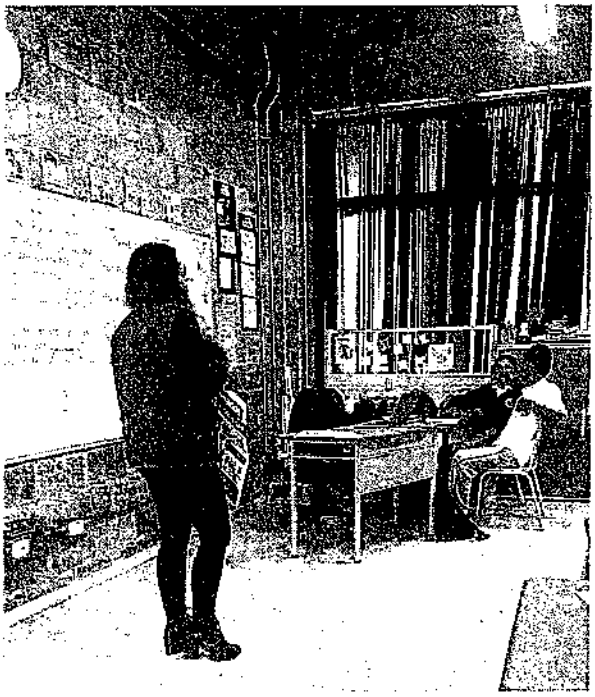
Registro fotografico





HOMERIS	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	

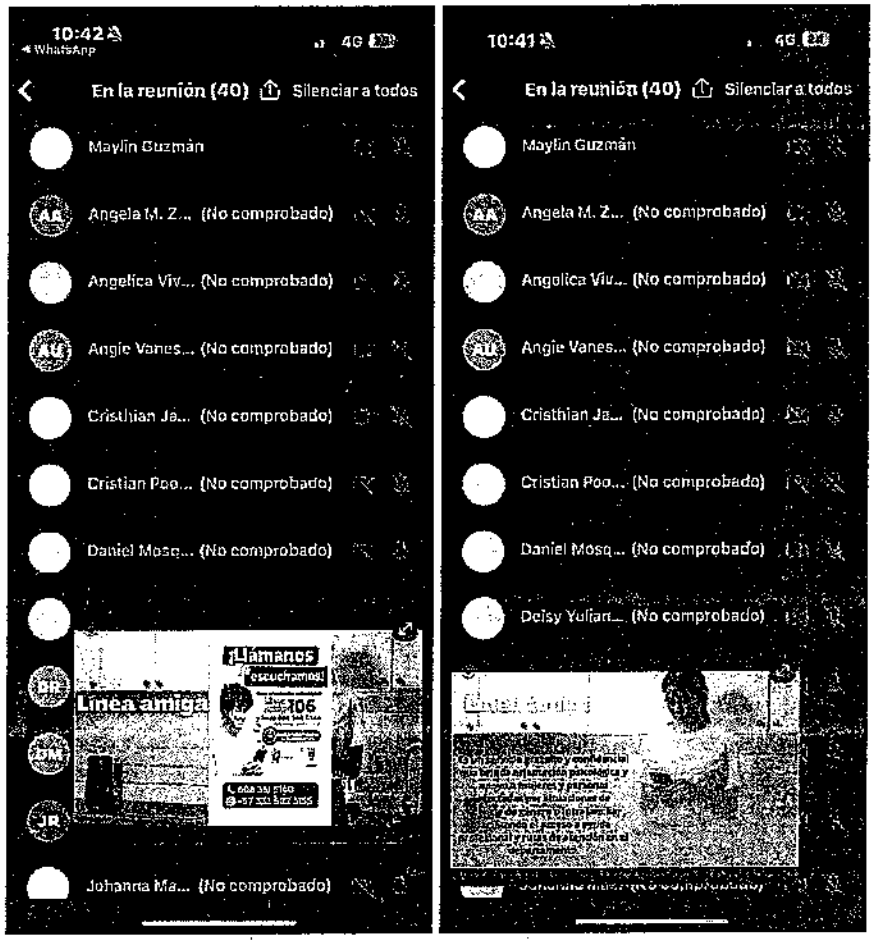




Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga grupos de 9°, 10° y 11°.
Fecha: 14 de Noviembre del 2025
Lugar: **Quinchia-** Núcleo Educativo Rural de Quinchía

Registro fotografico

	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	





HOMEROS Educación de Interacción en una Cultura y Humanización	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	

Nombre actividad: Taller sobre violencia y difusión de la línea amiga.
Fecha: 19 de Noviembre del 2025
Lugar: Virtual.

Registro fotografico



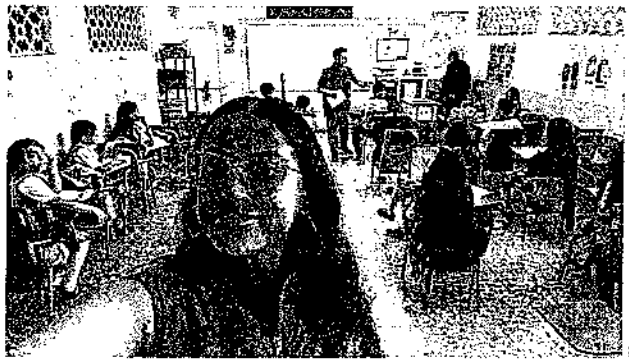


Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga grupos desde 6° hasta 11°.
Fecha: 20 de Noviembre del 2025
Lugar: **Santa Rosa de Cabal**-Centro Educativo Bachillerato en Bienestar Rural.

Registro fotografico

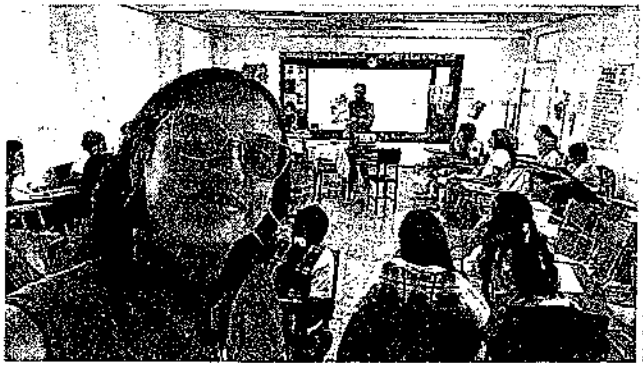
HOMERS	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	





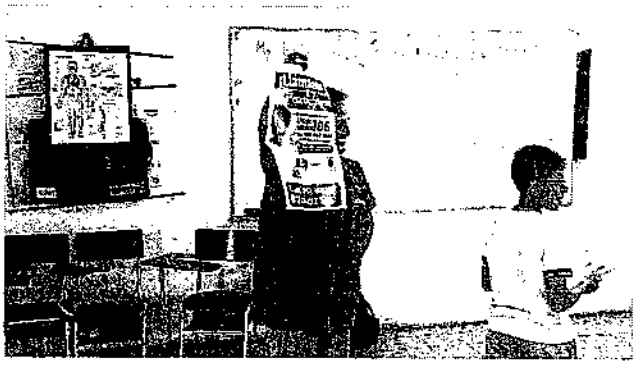

Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga grupos de 4°.
Fecha: 20 de Noviembre del 2025
Lugar: **Santa Rosa de Cabal**-Escuela Juan XXIII Antonia Santos.

Registro fotografico




HOMERIS	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	





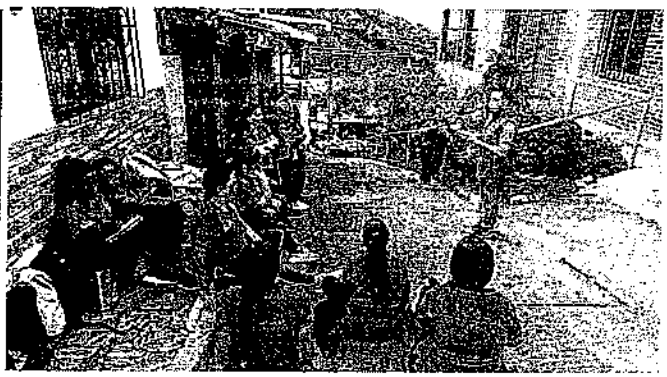
Nombre actividad: Difusión de la estrategia Línea Amiga grupos de 5°.
Fecha: 20 de Noviembre del 2025
Lugar: **Santa Rosa de Cabal**-Escuela Juan XXIII Antonia Santos.

Registro fotografico









	PROCESO-GESTIÓN FINANCIERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GF-FO-02
			VERSIÓN	1
			FECHA	Noviembre/ 2025
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN CONTROLADA	

Nombre actividad: Taller autocuidado y difusión de la línea amiga.
Fecha: 25 de Noviembre del 2025
Lugar: Villa Santana, Caseta comunal del barrio San Vicente.

Firma contratista.
Nombre: Maylin T. Guzmán Mera
CC. 1002778338

Firma Supervisor.
Nombre:
CC.

3560

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES**
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Social

Nombre de la Actividad: Difusión de la estrategia "Líneas Amigas" / charla "Contratación para entidades sin ánimo de lucro"

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 6-11-2025

Municipio: Pereira **Lugar:** Universidad Areandina

Hora de Inicio: 4:30pm **Hora finalización:** 5:00pm

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mera

Yo Juan José Villa **Con cc N°** 1088344781 **y el cargo** Profesional de apoyo **Certifico que el día** 6 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Maylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Homero

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Profesional de apoyo

Teléfono: 3192127678

3501

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES**
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Social

Nombre de la Actividad: Difusión de la estrategia "Línea Amiga"

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 08-11-2025

Municipio: Belén de Umbría **Lugar:** Vereda Pinar del Río

Hora de Inicio: 10:00 am **Hora finalización:** 10:20 am

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mejía

Yo Angi Lorena García **Con cc N°** 1004680690 **y el cargo** Trabajadora Social **Certifico que el día** 08 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

maylinez

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Llameros

Angi Lorena G

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Trabajadora S

Teléfono: 3207022883

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda Entorno: Social

Nombre de la Actividad: Difusión de la estrategia "Líneas Amigas"

Tipo de actividad: Promoción Fecha: 08-11-2025

Municipio: Belén de Umbría Lugar: Vereda Pinar del Río

Hora de inicio: 10:25 am Hora finalización: 10:45 am

Facilitador/conferencista Maylin Tatiana Guzmán Mera

Yo Angi Lorena García Con cc N° 1004680690
y el cargo Trabajadora Social Certifico que el día 08 del mes noviembre del año 2025 se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.

Maylin
Firma quien realiza la actividad.
Cargo: Comunicadora
Entidad: Homeris

Angi Lorena García
Firma de quien certifica la actividad
Cargo: Trabajadora Social
Teléfono: 3207022883

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la estrategia "Líneas Amigas"

Grupo 1 Administración de Empresas

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 11-11-2025

Municipio: Pereira **Lugar:** UTP

Hora de Inicio: 6:00pm **Hora finalización:** 6:30pm

Facilitador/conferencista Meylin Tatiana Guzmán Mera

Yo Diana Ospina B. **Con cc N°** 42 018 868

y el cargo Docente **Certifico que el día** V **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Meylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Homero

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Docente

Teléfono: 3137168329

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la estrategia "Cines Amigos"

Grupo 2 Administracion de Empresas

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 11-11-2025

Municipio: Pereira **Lugar:** UTP

Hora de Inicio: 6:30pm **Hora finalización:** 7:00pm

Facilitador/conferencista Maylin Tatiana Guzmán Mera

Yo Diana Ospina B. **Con cc N°** 42 018 868

y el cargo Docente **Certifico que el día** 11 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Maylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Homero

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Docente

Teléfono: 3137168829

3565

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda Entorno: Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la estrategia "Línea Amiga"
Grupo 3 Administración de Empresas

Tipo de actividad: Promoción Fecha: 11 - 11 - 2025

Municipio: Pereira Lugar: UTP

Hora de Inicio: 7:00pm Hora finalización: 7:30pm

Facilitador/conferencista Meylin Tatiana Guzmán Mera

Yo Diana Ospina B. Con cc N° 42 018 868
y el cargo Docente Certifico que el día 11 del
mes noviembre del año 2025 se llevó a cabo la actividad
anteriormente Referenciada.

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Homeis

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Docente

Teléfono: 3137168529

3566

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES**
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusion de la estrategia "Lineas Amigas" Grupo 4 Administración de Empresas

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 11-11-2025

Municipio: Pereira **Lugar:** UTP

Hora de Inicio: 7:30pm **Hora finalización:** 8:00pm

Facilitador/conferencista Maylin Tatiana Guzmán Mera

Yo Diana Ospina B **Con cc N°** 42 018 868

y el cargo Docente **Certifico que el día** 11 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Hemeva

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Docente

Teléfono: 3137168329

3567

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental O. Risaralda Entorno: Social

Nombre de la Actividad: Difusión de "Líneas Amiga" Familias Fuertes

Tipo de actividad: Promoción Fecha: 12-11-2025

Municipio: Pereira Lugar: Corregimiento Arabia

Hora de Inicio: 4:00pm Hora finalización: 4:30pm

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mera

Yo Alicia Bedoya Q Con cc N° 42008925

y el cargo Facilitadora F.F Certifico que el día 12 del mes noviembre del año 2025 se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.

Maylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Florencia

Alicia Bedoya Q

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Facilitadora

Teléfono: 3217786422

3566

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda Entorno: Social

Nombre de la Actividad: Difusión "Líneas Amigas Familias Fuertes"

Tipo de actividad: Promoción Fecha: 12-11-2025

Municipio: Pereira Lugar: Corregimiento Arabia

Hora de Inicio: 5:00pm Hora finalización: 5:30pm

Facilitador/conferencista Meylin T. Guzmán Mera

Yo Alicia Bedoya Q Con cc Nº 42008925

y el cargo Facilitadora F.F Certifico que el día 11 del mes noviembre del año 2025 se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.

Meylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Consejera

Entidad: Flamers

Alicia Bedoya Q

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Facilitadora

Teléfono: 3217786422

3564

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental O. Risaralda Entorno: Educativo

Nombre de la Actividad: Taller Escucha Activa y difusión de la Línea Amiga - Grupo de liderazgo de la Andina

Tipo de actividad: Promoción y prevención Fecha: 14-11-2025

Municipio: Pereira Lugar: Arezandina

Hora de Inicio: 2:00pm Hora finalización: 3:30pm

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mera

Yo María del Pilar Villa Con cc Nº 42016024.
y el cargo Profesional en formación Est. Certifico que el día 14 del mes 11 del año 2025. se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.

Maylinz

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Conferencista

Entidad: Homero

María del Pilar.

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Profesional

Teléfono: 3128446540

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA ACTA DE REUNIÓN
Versión: 1	Vigencia:2.020

REUNIÓN PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL

ACTA No.

Municipio-Lugar:	Pereira - U. Areandina
Fecha:	Día – Mes- Año 14 11 2025
Hora inicio-final	2:00pm - 3:30pm
Asunto:	Taller Escucha Activa y Linea Amiga
Personas citadas:	Grupo Liderazgo Andina
Asistentes: (ver registro de asistencia/ No de folios)	8
ORDEN DEL DÍA:	
1.	Saludo y presentación
2.	Ejecución del taller
3.	Difusión Linea Amiga

DESARROLLO:

Se realizó un taller que inició con la dinámica del "relay de citas" como espacio de integración para introducir el tema de la escucha activa.

Además de la dinámica, se explicó en qué consiste este

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA **ACTA DE REUNIÓN**
Versión: 1	Vigencia:2.020

concepto y se resaltó su relevancia en el marco de la salud mental, fomentando la empatía y la comunicación efectiva.

Finalmente, se socializó la estrategia Cines Amigo como un recurso de acompañamiento y apoyo disponible en situaciones de necesidad

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS	
1.	
2.	
3.	

FIRMA Mayling	FIRMA María del Pilar
Cargo Comunicadora	Cargo: Profesional en formación

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la "Línea Amiga" grados Quintos (5°)

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 18-11-2025

Municipio: Quinchía **Lugar:** Núcleo Escolar Rural

Hora de Inicio: 8:00am **Hora finalización:** 8:30am

Facilitador/conferencista Maylin T Guzmán Mera

Yo Claudia Milena López **Con cc N°** 42121653 **y el cargo** coordinadora **Certifico que el día** 18 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Maylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Homexa

Claudia M. López R

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: coordinadora

Teléfono: 3108207105

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL
Versión: 1	FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la "Línea Amiga" en los grados 6-1 y 6-2

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 18-11-2025

Municipio: Quinchía **Lugar:** Núcleo Escolar Rural

Hora de Inicio: 8:30am **Hora finalización:** 9:00am

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mejía

Yo Claudia Milena López **Con cc N°** 42121655

y el cargo Coordinadora **Certifico que el día** 18 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Homero

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Coordinadora

Teléfono: 3108202105

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental O. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la "Línea Amiga" en los grados 7-1 y 7-2

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 18-11-2025

Municipio: Quinchía **Lugar:** Núcleo Escolar Rural

Hora de Inicio: 9:00 a m **Hora finalización:** 9:30 a m

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mera

Yo Claudia Milena López **Con cc N°** 42121625

y el cargo Coordinadora **Certifico que el día** 18 **del** mes noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Maylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Homero

Claudia M. López R

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Coordinadora

Teléfono: 3108207105

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la "Línea Amiga" en los grados 8-1 y 8-2

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 18-11-2025

Municipio: Quinchía **Lugar:** Nucleo Escolar Rural

Hora de Inicio: 9:30 am **Hora finalización:** 10:00 am

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mera

Yo Claudia Milena López **Con cc N°** 42121625

y el cargo coordinadora **Certifico que el día** 18 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Maylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Hmeru

Claudia M. López P

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Coordinadora

Teléfono: 3108207105

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la "Línea Amiga" grados 9°, 10° y 11°

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 18-11-2025

Municipio: Quinchía **Lugar:** Núcleo Escolar Rural

Hora de Inicio: 10:30 am **Hora finalización:** 11:30 am

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mera

Yo Claudia Milena López **Con cc N°** 42121625

y el cargo Coordinadora **Certifico que el día** 18 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Maylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Hogares

Claudia M. López R

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Coordinadora

Teléfono: 3108207105

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES**
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Virtual

Nombre de la Actividad: Prevención de la violencia de genero y difusión de la Linea Amiga

Tipo de actividad: Promoción y prevención **Fecha:** 19-11-2025

Municipio: Virtual **Lugar:** Virtual

Hora de Inicio: 10:00am **Hora finalización:** 11:00am

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mera

Yo Angela M. Giraldo V. **Con cc N°** 42.145.919

y el cargo Coord. Técnica **Certifico que el día** 19 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicación

Entidad: Hmeris

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Coord. Técnica.

Teléfono: 3116853880.

3579

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA **ACTA DE REUNIÓN**
Versión: 1	Vigencia:2.020

REUNIÓN PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL

ACTA No.

Municipio-Lugar:	Virtual
Fecha:	Día – Mes- Año 19 11 2025
Hora inicio-final	10:00am - 11:00am
Asunto:	Prevención de la Violencia de genero y Linea A.
Personas citadas:	
Asistentes: (ver registro de asistencia/ No de folios)	40
ORDEN DEL DÍA:	
1.	Saludo y presentación
2.	Ejecución del taller
3.	Difusión Linea Amiga
DESARROLLO:	
Se llevó a cabo el taller, desarrollandolo de manera participativa mediante 3 herramientas digitales que permitieron dinamizar el espacio y facilitar la reflexión colectiva.	
A través de estas actividades, los asistentes analizaron	

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA ACTA DE REUNIÓN
Versión: 1	Vigencia:2.020

las formas de violencia, sus señales de alerta y las rutas de atención.

Al finalizar, se presentó la Línea Amiga como un servicio confiable que brinda apoyo a mujeres y personas afectadas por situaciones de violencia de género o intrafamiliar.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1.	
2.	
3.	

FIRMA	FIRMA
Cargo Comerciales	Cargo: Coord. Nuevelunes.

3578

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES**
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. de Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la estrategia "Línea amiga" desde los grados 6° hasta 11°

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 20-11-2025

Municipio: Santa Rosa de Cabal **Lugar:** Centro Educativo Bienestar Rural

Hora de Inicio: 9:00 a m **Hora finalización:** 9:30 a m

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mena

Yo Carlos Andres Cuecedo **Con cc N°** 18 613 932

y el cargo Psicólogo **Certifico que el día** 20 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Maylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: HOMERIS

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: psicologo

Teléfono: 3185895 78

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

Código: DEPP520101P
Fecha: 12-06-2024
Versión: 1

LISTADO DE ASISTENCIA
Enfoque Diferencial Poblacional

Nombre de la Actividad		Línea estratégica	Programa
Fecha Actividad		Lugar Actividad	Proyecto
Dependencia responsable		Convenio o Compromiso	Observación

No	Nombres y Apellidos	No. Documento	Autoriza el tratamiento de datos personales SI	Autoriza el tratamiento de datos personales NO	Sexo: Masculino	Sexo: Femenino	Sexo: Población Sexualmente Diversa	Grupo poblacional: Madres Gestantes	Grupo poblacional: primera infancia (0-5)	Grupo poblacional: Infancia (6-11)	Grupo poblacional: Adolescencia (12-17)	Grupo poblacional: Juventud (18-28)	Grupo poblacional: Adulto (29-59)	Grupo poblacional: Adulto mayor (+60)	Grupo Étnico - Identidad Cultural: Grupos Étnicos	Discapacidad	Comprensión	Víctimas del Conflicto Armado	Migrantes	Población sujeto de atención de la ANT	Sin características	Teléfono	Dirección	Firma
1	JUAN SEBASTIAN		X		X							X										3137n7718	Calle 11 Ka.	Juan Sebastian
2	JOSE LUIS	1030080526	X		X							X											la union	JOSE LUIS
3	Santiago Maria A.	1087215764	X		X						X											3167224762	La Nora	Santiago
4	Sebastian Flor	1089079952	X		X							X										3500318220	OT ANAIM	
5	Ximena Tabares	1091274155	X			X					X											3234952627	El lembo	Ximena
6	Vanessa Ramos	1093218265	X			X					X											3244059885	Ichenosa	Vanessa R
7	Julian Andres P	1097272726	X		X							X										3167493745		
8	Yampol Arango M.	1088226047	X								X											3106877649	Juticura	Yampol Arango
9	Karen Yeza Cossio	1089460611	X			X					X											3241610101	Barrio Nuevo Mz 11 #13-05	Karen Yeza
10	Emily Correa T.		X								X											3112714976	portal las avenidas	Emily Correa
11	Mayra Guzman	1089162737	X			X					X											3108800006	CENTRO	Mayra
12	Mariana Aguirre	1093223806	X								X											3209814567	Barrio belen cito casa 41	Mariana
13	Madelyn Cardenas	1091174986	X			X					X											3176867856		Daniela
14	Ana Sofia Aguirre	1054993752	X			X					X											3239874000	La carretera	Sofia
15																								

Powered by CamScanner

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

LISTADO DE ASISTENCIA
Enfoque Diferencial Poblacional

Código: DEPPAZ0181P
Fecha: 12-08-2024
Versión: 1

Nombre de la Actividad		Línea estratégica	Programa:
Fecha Actividad		Lugar Actividad	Proyecto:
Dependencia responsable		Contenido o Componente	Observación

No	Nombres y Apellidos	No Documento	Autoriza el tratamiento de datos personales		Sexo/genero			Grupo poblacional								Grupo Étnico -Identidad Cultural						Teléfono	Dirección	Firma
			SI	NO	Masculino	Femenino	Población Sexualmente diverso	Madres Gestantes	primera infancia (0-5)	Infancia (6-11)	Adolescencia (12-17)	Juventud (18-28)	Adulto (29-59)	Adulto mayor (>60)	Grupos Étnicos	Discapacidad	Campesinos	Victimas del Conflicto Armado	Migrantes	Población sujeto de atención de la ARN	Ninguna			
1	JUAN SEBASTIAN		X		X																	3137m778	Calle 12 #...	Juan S. R.
2	JOSE LUIS	1030080526	X		X							X											la union	Jose Luis
3	Santiago Maria A.	1087215764	X		X						X											3167222462	La Sirena	Santiago
4	Sebastian Flor	1089091952	X		X							X										3508218220	C7 ANAIM	
5	Ximena Tabares	1091276155	X			X					X											3234952628	El lembo	Ximena
6	Vanessa Ramos	1093218265	X			X					X											3244059865	la hermosa	Vanessa R
7	Julian Andres R	1091272776	X		X							X										3157493145		
8	Yempol Arango M.	1088286047	X								X											3106117129	La Florida	Yempol Arango
9	Karen Yeraldin Cruz	1088960611	X			X					X											3246101001	Barrio 11 de 13-05	Karen Yeraldin
10	Emily Correa T.		X								X											3112741976	portal las guaduas	Emily Correa
11	[illegible]	1088962737	X			X					X											3107880906	CENTRO	
12	mariana Aguirre	1093223806	X								X											3239811564	Barrio belen cito casa 41	mariana
13	Maddyn Cardenas	1091134986	X			X					X											3116662056		Daniela
14	Ana Sofia Aguirre	1054993752	X			X					X											3239874004	La carretera	SOFIA
15																								

Powered by CamScanner

3081

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

Código: DES-FO-SSI-0019

LISTADO DE ASISTENCIA
Enfoque Diferencial Poblacional

Fecha: 12/12/2024

Versión: 1

Nombre de la Actividad		Línea estratégica	Programa
Fecha Actividad		Lugar Actividad	Proyecto
Dependencia responsable		Comuna o Corregimiento	Observación

No.	Nombres y Apellidos	No. Documento	Ausentes al diligenciamiento de datos personales		Sexo/genero			Grupo poblacional							Grupo Étnico-Identidad Cultural							Estatura	Ocupación	Firma
			SI	NO	Masculino	Femenino	Población Sexualmente diversa	Madres Gestantes	Lactantes (0-2)	Infancia (4-11)	Adolescencia (12-17)	Juventud (18-28)	Adulto (29-59)	Adulto mayor (+60)	Gitano (Rrom)	Indígena	Raizal	Víctimas del Conflicto Armado	Migrantes	Población sujeta de atención de la ARN	Ninguna			
1	Ana Valentina Muñoz	1088328480	X			X						X										1.60	Estudiante	
2	Sara Perez Garcia	1087660615	X		X							1										1.60	Estudiante	
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								

Powered by CamScanner

3592

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES**
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la "Línea Amiga" en los grados 4°1, 4°2 y 4°3

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 20-11-2025

Municipio: Santa Rosa de Cabal **Lugar:** Escuela Antonia Santos

Hora de Inicio: 10:00 a m **Hora finalización:** 11:00 a m

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mera

Yo Carlos Andres Cancedo **Con cc N°** 18613932

y el cargo Psicólogo **Certifico que el día** 20 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Homero

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Psicólogo

Teléfono: 3185895 78

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES**
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la "Línea Amiga" en los grados 5°1, 5°2, 5°3

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 20-11-2025

Municipio: Santa Rosa de Cabal **Lugar:** Escuela Antonia Santos

Hora de Inicio: 11:00 am **Hora finalización:** 12:00m

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mera

Yo Carlos Andres Caicedo **Con cc N°** 18613932 **y el cargo** Psicólogo **Certifico que el día** 20 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Maylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Homero

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Psicóloga

Teléfono: 3185994578

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL
Versión: 1	FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Social

Nombre de la Actividad: Taller de Autocuidado y difusión de la Línea Amiga con madres comunitarias

Tipo de actividad: Promoción y prevención **Fecha:** 25-11-2025

Municipio: Pereira **Lugar:** Villa Santana

Hora de Inicio: 2:00 pm **Hora finalización:** 3:30 pm

Facilitador/conferencista Maylin T. Guzmán Mera

Yo Juan José Villa **Con cc N°** 1088344781

y el cargo profesional social **Certifico que el día** 25 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Maylin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Comunicadora

Entidad: Homeros

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Profesional social

Teléfono: 319 212 7678

3985

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA **ACTA DE REUNIÓN**
Versión: 1	Vigencia:2.020

REUNIÓN PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL

ACTA No.

Municipio-Lugar:	Pereira - Villa Santana
Fecha:	Día – Mes- Año 25 11 2025
Hora inicio-final	2:00pm - 3:30pm
Asunto:	Autocuidado y Línea Amiga
Personas citadas:	Madres Comunitarias Villa María Villa Rocío
Asistentes: (ver registro de asistencia/ No de folios)	
ORDEN DEL DÍA:	
1.	Saludo y presentación
2.	Ejecución del taller
3.	Difusión de la línea Amiga
DESARROLLO:	
Se realizó el taller de Autocuidado iniciando con la dinámica "rebaj de citas" que permitió una reflexión activa sobre las prácticas cotidianas de bienestar personal.	
Durante el espacio se abordó la importancia de autocuidarse	

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA ACTA DE REUNIÓN
Versión: 1	Vigencia:2.020

identificar necesidades emocionales y buscar alternativas saludables para afrontar situaciones difíciles. Los participantes reconocieron el autocuidado como una responsabilidad individual y colectiva. Al finalizar, se presentó la estrategia de la Línea Amiga como un recurso de apoyo disponible para orientación y acompañamiento emocional. Este espacio permitió fortalecer hábitos saludables.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1.	
2.	
3.	

FIRMA	FIRMA
Cargo Comunicadora	Cargo: Profesional Social

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

Maylin T. Guzmán Mejía
Taller Autocuidado y Líneas Amoya
25-11-2025
Pereira - Villa Santana

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
		M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SS-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
Nolva Vasquez	42		X					X																		X	Salud Total	Mz 14 casa 26 Las Brisas	3122857442	X		sandra Vasquez	X	<<
Uny Nocavera	21		X			X	X																			X	Salud total	Mz 30 cs 10 Las brisas	3178127703	X		Keisuly N	X	
Stella Cantero	58		X											X												X	S.O.S.	Mz 27- casa 19 Danubio	301-323-4141	X		WZ Stella C	X	
ta Valencia Campo	26		X											X												X	Famet Salud	Mz 100 casa 7 Guayabal	3116650467	X		Julieta Valencia	X	
Elena Espinal	27		X											X												X	NuevaEPS	Mz 27 cs 17 Danubio	3045802420	X		Elena Espinal		
ola Rotavista	55		X											X												X	Salud total	Mz 13 Cs 32 Brisas	3116142758	X		Fabiola R	X	
ano Viviano																											nueva								
ano Rotavista	36		X											X												X	EPS	Mz 31 Cs 12 Brisas	3011754061	X		Viviano CR	X	
Claudia Villa A	49																										Nueva EPS	Mz 10 casa 42 Las brisas	3225670823			Claudia Villa		
Norma Segura	69		X																								SOS	Mz 14 Cs 3 Villa Santana intermedio				Guillermo Segura		
a Amparo Sanchez																											SOS	Mz 35 Cs 17 Nuevo plan	3126458433			Luisa A Sanchez		

No	TIP DOC.	NO. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO		POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGR										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FR
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SSR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS						U	R	
11	C.C	24538682	Eliana Suarez G	51	X												X														famisanar	Mz 9-57 Manzanares II	3003975232	X		Elian
12	CC	1088212015	Natali Silva V (semillero)	21	X												X														S.O.S	M 10 C 4 intermedio	3052780074	X		Nate
13	CC	42156514	Alejandra Arteaga	42	X												X														S.O.S	Mz 3 cs 23 Veracruz	3124693263	X		Alejan
14	CC	42147340	Blanca Nubia Reyes	45	X												X														S.O.S.	M 10 C 5. intermedio	3022423177	X		
15	CC	1088287157	Yeraldin Mordeo	34	X												X														Sura.	M 6 C 1 monserrate	3233441236	X		Yera
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES:

3537

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

Maylin T. Guzmán Merc
Taller de Escucha Activa - Línea Amiga
14-11-2023
Pereira - U. Area Andina

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL	ALIMENTACION	E. CRO	ETV	ZOONOSIS	SM SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	IPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPS	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
...Arevalo	19		x																					x		x			Nueva EPS	Manzana 6 casa 5 Frailes gatorio	3132772497	x		María Arevalo	x	<<
... García Sabogal	17		x																					x		x			Salud Total	Calle#18 1-16 Pereira, risaral	3116814550	x		[signature]	x	
... Jiménez A.	21	x																								x			Nueva EPS	carrera 4 #75-30	3196459778	x		Juan Daniel	x	
...odríguez Bet...	18		x																										Salud Total	Mz 2 casa 30 Urb Naranjal	3117024131	x		[signature]	x	
...Arias R.	19	x																											Asmet Salud	Monte Verde Mz 2 Casa 5	3146395753	x		J. Diego	x	
...Abdala	27	x																										x	Sura	Villa Nova Mz 2 C58	3146570078	x		[signature]	x	
...Arcos	34	x																											Sura	Cra 17 #82-30	3127515719	x		Cdcstl Arcos		x
...del Pilar	47	x																											Sura	cll 33 # 10-106	3128446570			María del Pilar	x	

Nº	TIP DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE F	REINTEGRADAS	MIGRANTES	[illegible]	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ECNT	ETV	ZOONOSIS	[illegible]	SALUD VISUAL, AUDITIVA	AUDITIVA	[illegible]: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES:

la copia original reside en el informe de Juan David Serna

3589

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

Juan David Serna P
Taller de Escucha Activa - Linea Amarilla
14-11-2025
Pereira - U. Area Andina

RE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
		M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	GITANOS	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINSERTADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SSR-SD	SALUD VISUAL OCULAR Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
Heralo	19		X																				X	X				Nueva EPS	Manzana 6 casa 5 Trabes gatarro	3132782497	X		Maria Heralo	X	<<
García Sabogal	17		X																				X	X				Salud Total	Calle 118 1-16 Pereira, Risaralda	3116814550	X			X	
Jiménez A.	29	X																						X				Nueva EPS	Carrera 4 #75-30	3196459778	X		Juan David	X	
drigo Bedoya	18		X																									Salud Total	Mz 2 casa 30 Urb Naranjal	3117024134	X			X	
go Arias A.	19	X																										Asmet Salud	Monte Adentro Mz 2 Casa 5	3146695853	X		J. Diego	X	
mid Abdala	27	X																									X	Sura	Vda Nueva Mz 2 Cs 8	3146570078	X			X	
Ferney Arcos	34	X																										Sura	Cra 17 #82B60	3127515719	X		Cristian Arcos		X
del Pilar	47	X																										Sura	cl 133 # 10-106	3128446570			Maria del Pilar	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									A h			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	DESPLAZADOS	MIGRANTES	MAESTRO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	CTV	ROEDORES	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

OBSERVACIONES:

3984

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES**
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital mental U de Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión "línea amiga" grados 5° 11

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 11-18-2025

Municipio: Quinchía **Lugar:** Núcleo Escolar Rural

Hora de Inicio: 8:00 am **Hora finalización:** 8:30 am

Facilitador/conferencista Juan David Serna Pinzón

Yo Claudia Mileno López R **Con cc N°** 42121653 **y el cargo** coordinadora **Certifico que el día** 18 **del mes** Noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Psicólogo

Entidad: HOMERIS

Claudia M. López R

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: coordinadora

Teléfono: 3108207105

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. de Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión "Línea amiga" a los grados 6°1 y 6°2

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 11-18-2025

Municipio: Quinchía **Lugar:** Núcleo Escolar Rural

Hora de Inicio: 8:30 am **Hora finalización:** 9:00 am

Facilitador/conferencista Juan David Serna Pinzón

Yo Claudia Milena López R. **Con cc N°** 42121653 **y el cargo** Coordinadora **Certifico que el día** 18 **del mes** Noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Psicólogo

Entidad: HOMCRU

Claudia M. López R

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Coordinadora

Teléfono: 3108207105

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. de Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión "línea amiga" a los grados 7-1 y 7-2

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 11-18-2025

Municipio: Quinchía **Lugar:** Núcleo Escolar Rural

Hora de Inicio: 9:00 am **Hora finalización:** 9:30 am

Facilitador/conferencista Juan David Serna Pinzón

Yo Claudia Milena López P **Con cc N°** 42121653 **y el cargo** Coordinadora **Certifico que el día** 18 **del mes** Noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Psicologo

Entidad: HOMERIS

Claudia M. López P

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Coordinadora

Teléfono: 3108267105

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión "línea amiga" a los grados 8°1 y 8°2

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 11-18-2025

Municipio: Quinchía **Lugar:** Núcleo Escolar Rural

Hora de Inicio: 9:30 am **Hora finalización:** 10:00 am

Facilitador/conferencista Juan David Serna Pinzón

Yo Claudia Milena López **Con cc N°** 42121653 **y el cargo** Coordinadora **Certifico que el día** 18 **del mes** Noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Psicólogo

Entidad: MOMENTS

Claudia M. López R

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Coordinadora

Teléfono: 3108207105

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES**
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental dpt de Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la "línea amiga" a los grados 9, 10 y 11

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 11-18-2025

Municipio: Quinchía **Lugar:** Núcleo Escolar Rural

Hora de Inicio: 10:30 am **Hora finalización:** 11:30 am

Facilitador/conferencista Juan David Serna Pinzón

Yo Claudia Milena López **Con cc N°** 42121653

y el cargo Coordinadora **Certifico que el día** 18 **del mes** Noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Psicólogo

Entidad: HOMERIS

Claudia M. López R

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Coordinadora

Teléfono: 3108207105

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Virtual

Nombre de la Actividad: Prevención de la violencia de género y difusión de la línea Amiga

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 19-11-2025

Municipio: Virtual **Lugar:** Virtual

Hora de Inicio: 10:00am **Hora finalización:** 11:00am

Facilitador/conferencista Juan David Serna

Yo Angela Mª Giraldo V **Con cc N°** 42 145 044 **y el cargo** Coord. Tecnica **Certifico que el día** 19 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Psicologo

Entidad: Hemera

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Coord. Tecnica

Teléfono: 3116985800

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA ACTA DE REUNIÓN
Versión: 1	Vigencia:2.020

REUNIÓN PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL

ACTA No.

Municipio-Lugar:	Virtual
Fecha:	Día – Mes- Año 19 11 2025
Hora inicio-final	10:00am - 11:00 am
Asunto:	Prevención de la violencia de genero y Linea Amiga
Personas citadas:	
Asistentes: (ver registro de asistencia/ No de folios)	40
ORDEN DEL DÍA:	
1.	Saludo y presentación
2.	Ejecución del taller
3.	Difusión de la Linea Amiga

DESARROLLO:

Se llevo a cabo el taller desarrollandolo de manera participativa mediante 3 herramientas digitales que permitieron dinamizar el espacio y facilitar la reflexión colectiva.

A traves de estas actividades, los asistentes analizaron

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA ACTA DE REUNIÓN
Versión: 1	Vigencia:2.020

las formas de violencia, sus señales de alerta y las rutas de atención.

Al finalizar, se presentó la Línea Amiga como un servicio confiable que brinda apoyo a mujeres y personas afectadas por situaciones de violencia de género o intrafamiliar

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1.	
2.	
3.	

FIRMA	FIRMA
Cargo Psicóloga	Cargo: Coord Nueve Lunas

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. de Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la estrategia "línea amiga" desde los grados 6° hasta 11°

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 20-11-2025

Municipio: Santa Rosa de Cabal **Lugar:** Centro Educativo Bienestar Rural

Hora de Inicio: 9:00 am **Hora finalización:** 9:30 am

Facilitador/conferencista Juan David Serna Pinzón

Yo Carlos Andres Cardona **Con cc N°** 18613937

y el cargo Psicologo **Certifico que el día** 20 **del mes** Nov. **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Psicólogo

Entidad: HOMCRIS

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Psicologo

Teléfono: 3185895678

ALCALDIA DE SANTA ROSA DE CABAL

Codigo: DEPT5229101P

LISTADO DE ASISTENCIA
Enfoque Diferencial Poblacional

Fecha: 12-06-2024

Version: 1

Nombre de la Actividad | Linea estrategica | Programa

Fecha Actividad | Lugar Actividad | Proyecto

Dependencia responsable | Comuna o Corregimiento | Observaciones

No	Nombres y Apellidos	No Documento	Asistio al entendimiento de datos personales (SI)	Asistio al entendimiento de datos personales (NO)	Sexo: Hombre	Sexo: Femenino	Sexo: Poblacion Sexualmente diversa	Grupo poblacional: Madres Gestantes	Grupo poblacional: Primera Infancia (0-5)	Grupo poblacional: Infancia (6-11)	Grupo poblacional: Adolescencia (12-17)	Grupo poblacional: Juventud (18-28)	Grupo poblacional: Adulto (29-59)	Grupo poblacional: Adulto mayor (+60)	Grupo Etnico-Identidad Cultural: Grupos Etnicos	Grupo Etnico-Identidad Cultural: Discapacidad	Grupo Etnico-Identidad Cultural: Campesinos	Grupo Etnico-Identidad Cultural: Victimas del Conflicto Armado	Grupo Etnico-Identidad Cultural: Migrantes	Grupo Etnico-Identidad Cultural: Poblacion sujeta de atencion de la ARN	Grupo Etnico-Identidad Cultural: Sin especificar	Telefono	Direccion	Firma
1	Juan Sebastian		X		X							X										3137n77m	Calle 11 10-	Juan Sebastian
2	Jose Luis	1030080526	X		X							X											La union	Jose Luis
3	Santiago Marin L.	1087215764	X		X						X											3167224761	La Sirena	Santiago
4	Sebastian Flor	1089071952	X		X							X										3506218720	Cr 4 N 4 M	
5	Ximena Tabares	1091234155	X			X					X											3234952827	El lembo	Ximena
6	Vanessa Ramos	1093218265	X			X					X											3244059695	La hermosa	Vanessa R
7	Julian Andres P	1097272726	X		X							X										3167493146		
8	Yampol Arango M.	1088286047	X								X											3106817129	La Sirena	
9	Karen Vera Cano	1088960644	X			X					X											3247610101	Kra 11 #13-05	Karen Vera
10	Emily Correa T.		X								X											3112714760	portal las arboledas	Emily Correa
11	Megan Guzman	1088362737	X			X					X											3107280906	Centro	Megan
12	Mariana Aguirre	1093223806	X								X											3239814861	Barrio belen cita casa 11	Mariana
13	Madelyn Cardenas	1091214986	X			X					X											3116862256		Daniela
14	Ana Sofia Aguirre	1054993752	X			X					X											3239820	La carretera	Sofia
15																								

Powered by CamScanner

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

Código: DE-PP-F-2019-19

LISTADO DE ASISTENCIA

Enfoque Diferencial Poblacional

Fecha: 17-06-2024

Versión: 1

Nombre de la Actividad		Línea estratégica	Programa
Fecha Actividad		Lugar Actividad	Proyecto
Dependencia responsable		Comuna o Corregimiento	Observación

No.	Nombres y Apellidos	No. Documento	Autoriza el tratamiento de datos personales		Sexo/género			Ciclo poblacional							Grupo Étnico-Identidad Cultural							Teléfono	Dirección	Firma
			SI	NO	Masculino	Femenino	Población Sexualmente diversa	Medidas Gestantes	primera infancia (0-5)	Infancia (6-11)	Adolescente (12-17)	Juventud (18-28)	Adulto (29-59)	Adulto mayor (+60)	Grupos Étnicos	Discapacidad	Campesinos	Víctimas del Conflicto Armado	Migrantes	Población sujeto de atención de la APH	Sin caracterizar			
1	JUAN SEBASTIAN		X		X							X										3137a97a	Calle 11	Juan S.
2	JOSE LUIS	1030089526	X		X							X											la union	Jose Luis
3	Santiago Nariño L.	1091275769	X		X						X											3167224	La Selva	Santiago
4	Sebastian Flor	1090971952	X		X							X										350b2810	C7 FINCA	
5	Ximena Tabares	1001234155	X			X					X											3234952	El lembo	Ximena
6	Vanessa Ramos	1023218265	X			X					X											3244	la hermosa	Vanessa R.
7	Julian Andres T.R	1097272776	X		X							X										3167		
8	Yempol Arango M.	1088286047	X								X											3106	la flora	
9	Karen Yeraldine Cruz	1088960611	X			X					X											3246	Km 11 via	Karen Yeraldine
10	Emily Correa T.		X								X											3112	portal tes	Emily Correa
11	[illegible]	1088962737	X			X					X											3103	Centro	
12	mariana Aguirre	1093223806	X								X											3239	barrio belen cito casa	mariana
13	Maddyn Cardenas	1091774986	X			X					X											3116		Daniela
14	Ana Sofia Aguirre	1054993752	X			X					X											3239	la carnilera	Sofia
15																								

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

LISTADO DE ASISTENCIA

Enfoque Diferencial Poblacional

Nombre de la Actividad		Línea estratégica		Programa	
Fecha Actividad		Cargo Actividad		Proyecto	
Dependencia responsable		Comuna o Corregimiento		Observación	

No.	Nombres y Apellidos	No. Documento	Autoriza el tratamiento de datos personales		Sexo/Género				Ciclo poblacional							Grupo Étnico, Identidad Cultural							Teléfono	Dirección	Firma
			SI	NO	Mujer	Hombre	Intersexual	Ninguno	Primera Infancia (0-5)	Infancia (6-11)	Adolescencia (12-17)	Juventud (18-28)	Adultez (29-59)	Vejez (60 y más)	Ninguno	Indígena	Rom	Afrocolombiano	Víctimas del Conflicto Armado	Negritudes	Población sujeto de atención de la PPDH	Otro			
1	Ana Valentina Lopez Ruiz	1088346116	X			X							X										3206	Barrio Salazar	
2	Sara Lucia Garcia Londoño	1088360115	X		X								X										3206	Barrio Salazar	
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									

Powered by CamScanner

3600

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental D. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la "Linea Amiga" en los grados 4°1, 4°2 y 4°3

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 20-11-2025

Municipio: Santa Rosa de Cabal **Lugar:** Escuela Antonia Santos

Hora de Inicio: 10:00am **Hora finalización:** 11:00am

Facilitador/conferencista Juan David Serna

Yo Carlos Andres Caicedo **Con cc N°** 18613932

y el cargo psicólogo **Certifico que el día** 20 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Psicólogo

Entidad: Homeys

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Psicóloga

Teléfono: 3185895978

3601

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES**
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental U. Risaralda **Entorno:** Educativo

Nombre de la Actividad: Difusión de la "Línea Amiga" en los grados 5°1, 5°2, 5°3

Tipo de actividad: Promoción **Fecha:** 20-11-2025

Municipio: Santa Rosa de Cabal **Lugar:** Escuela Antonia Santos

Hora de Inicio: 11:00am **Hora finalización:** 12:00m

Facilitador/conferencista Juan David Seina

Yo Carlos Andres Caicedo **Con cc N°** 1881343 2

y el cargo Psicólogo **Certifico que el día** 20 **del mes** noviembre **del año** 2025 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Psicólogo

Entidad: Homens

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Psicólogo

Teléfono: 3185894578

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 2.020

Nombre de la ESE: Hospital Mental O. Risaralda Entorno: Social

Nombre de la Actividad: Taller de Autocuidado y difusión de la Línea Amiga con madres comunitarias

Tipo de actividad: Promoción y prevención Fecha: 25-11-2025

Municipio: Pereira Lugar: Villa Santana

Hora de Inicio: 2:00pm Hora finalización: 3:30pm

Facilitador/conferencista Juan David Serna Pinzón

Yo Juan José Villa Con cc N° 1088344781

y el cargo Profesional Social Certifico que el día 25 del mes noviembre del año 2025 se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Psicólogo

Entidad: Homeris

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Profesional Social

Teléfono: 3142127628

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA ACTA DE REUNIÓN
Versión: 1	Vigencia:2.020

REUNIÓN PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL

ACTA No.

Municipio-Lugar:	Pereira - Villa Santana
Fecha:	Día – Mes- Año 25 11 2025
Hora inicio-final	2:
Asunto:	Autocuidado y Lineas Amiga
Personas citadas:	Madres Comunitarias Villa Marya Villa Rocio
Asistentes: (ver registro de asistencia/ No de folios)	
ORDEN DEL DÍA:	
1.	Saludo y presentación
2.	Ejecución del taller
3.	Difusión de la Lineas Amiga
DESARROLLO:	
Se realizó el taller de Autocuidado iniciando con la dinámica "reloj de citas" que permitió una reflexión activa sobre las prácticas cotidianas de bienestar personal. Durante el espacio se abordo la importancia de autocuidarse, identificar necesidades emocionales y buscar alternativas saludables	

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SALUD DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA ACTA DE REUNIÓN
Versión: 1	Vigencia:2.020

para afrontar situaciones difíciles los participantes reconocieron el autocuidado como una responsabilidad individual y colectiva. Al finalizar, se presentó la estrategia de la Línea Amiga como un recurso de apoyo disponible para orientación y acompañamiento emocional. Este espacio permitió fortalecer hábitos saludables

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1.	
2.	
3.	

FIRMA	FIRMA
Cargo Psicólogo	Cargo: Profesional Social

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 06-2017

Juan David Serna
Taller Autocuidado y Lineas Amigas
28-11-2023
Pereira - Villa Santana

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA														ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
		M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MAESTRO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS							U	R		SI	NO
Sandra Moriquecua	42		X					X																		X			Salud Total	Mz 14 casa 26 Las Brisas	3122857442	X		Sandra Moriquecua	X	
Suny Nocavera	21		X			XX																				X			Salud total	Mz 30 cs 10 Las brisas	3178177203	X		Kesuny N.	X	
Stella Quintero	58		X											X												X			S.O.S.	Mz 27- casa 19 Danubio	301-323-4141	X		Stella Q	X	
Leida Valencia Campo	26		X											X												X			Famisalud	Mz 100 casa 7 Guayabal	3116650467	X		Leida Valencia	X	
Elena Espinal	77		X											X												X			Nueva Eps	Mz 27 cs 17 Danubio	3045802220	X		Elena Espinal	X	
Fabiola Rotavista	55		X											X												X			Salud total	Mz 13 Cs 32 Brasil	3116142258	X		Fabiola R	X	
Pedro Viviano Leon Rotavista	36		X											X												X			nueva EPS	Mz 31 Cs 12 Brasil	3011754661	X		Viviano R	X	
Claudia Villa A	49																												Nueva EPS	Mz 10 casa 42 Las brisas	3225670823			Claudia Villa		
Marina Segura	69		X																										SOS	Mz 14 cs 3 Villa Santana intermedio				Luz Marina Segura		
Ecl Amparo Sanchez																													SOS	Mz 25 Cs 14 Nuevo plan	3126458433			Luisa Sanchez		

No.	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA [CONDICION]										PROGR.								ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA	
					M	F	LGTBI	COM DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.A.I.T.	ETV	ZOONOSIS	SRSS	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R
11	C.C	24,588682	Eliana Suarez G	51	X											X														Famisanar	Hz9-67 Manizales	3003975232	X		Elian
12	CC	1088812815	Natali Silva U (semillero)	21	X											X														S.O.S	MLOCAL INTERMEDIO	3052780074	X		Nata
13	CC	42156519	Alejandra Arango	42	X											X														S.O.S	H73cs 23 Veracruz	3124693763	X		Aleja
14	CC	42147340	Blanca Nubia Reyes	45	X											X														S.O.S.	H.O.C.S. intermedio	3122473477	X		
15	CC	1088288157	Yeraldin Hordoñez	34	X											X														Sura	H6C1 monserrate	3234411256	X		Yera
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

OBSERVACIONES:

La copia original reside en el informe de Maglin Guzmán

3205

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CODIGO	110-FO-53
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1
	FORMATO PORTADA INSTITUCIONAL	COPIA CONTROLADA	

PROYECTO PIC: 2025

PROGRAMA:

SALUD MENTAL

PERIODO NOVIEMBRE-

DICIEMBRE

BELEN DE UMBRÍA

Kilómetro 4 Vía a Cerritos – Av. 30 de Agosto # 87 – 76
Teléfono: 33734444 - 3370406

3206

HOMERIS E.S.E. Hospital Mental	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de umbría, Fecha 13 de Septiembre del 2025

Yo, Tatiana Anjeis Velez mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1085816128 actuando en nombre la familia: Velez, de la vereda Cra 8 N° 7-57 - B. Jaboneria.; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 320 594 41 30

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

Tatiana Velez

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:

Psicóloga.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Cra 8 N° 7-57. B. Jabonera.
Fecha: 13 de septiembre del 2025
Hora: 10:00 am.

Personas citadas: Familia Vélez.

Asistentes: Tatiana Vélez
Sofia Vera Vélez.
Nancy Cardona.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Presentación.
2. Socialización Intervención de Riesgo psicosocial
3. Registro de Riesgo psicosocial
4. Compromiso – Finalización de la Reunión.

DESARROLLO
1. Presentación del equipo psicosocial con la familia.
De igual forma Se le agradece a la familia por hacer parte del programa.

2. Se Socializo el proceso psicosocial a trabajar. en el cual Se le explico a la familia el paso a paso del programa y los posibles aspectos a intervenir.

3. Se Realizaron las Preguntas correspondientes al Registro de Intervencion de Riesgo psicologico a Fin de Identificar la posible intervencion.

4. El Equipo psicosocial se comprometio a realizar la Segunda visita en el mes de oct. Se agradece a la Familia por se parte del proceso.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita.
2. Tener buena disposicion y compromiso.

NOMBRE	FIRMA
*Tatiana Angeis Velez Torres	* Angeis Velez
- SOFIA VELEZ	- SOFIA VERA

*Angeis Velez
FIRMA
Cargo

FIRMA
Cargo psicologa.
Elaboró Angi Garcia
trabajadora social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada	3	3.	Madre cabeza de Familia - Padre vive en el exterior.
	Número de personas que conforman la familia	Numerico			
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución	2	2.	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3.	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6.Todas las anteriores 7. Otras	6	6.	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	3.	-Observacion poco afecto x parte del padre.
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4-Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	2.	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	2	Actual: hay Problemas con la niña por nueva pareja.
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3.Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3.	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	0	Abuela Paterna.
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		1	El padre de la niña.
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	2	Poco, Pero si.
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	Si	1	
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	Si	1	
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	Si	1	
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO	Si	1	
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO	Si	1	
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO	Si	1	
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	Padre madre abuelos.		
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3.	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3.	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3.	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3	Posible Bipolaridad por el padre.	

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	Padres separados, conflictivo.
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	Nueva pareja.
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	familia del padre de la menor.
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1.	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0.	

Tabla 3: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad alimentaria	Inseguridad alimentaria leve	Inseguridad alimentaria moderada	Inseguridad alimentaria severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	3

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos
Profesión: psicologa.

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Angi Garcia
Profesión: trabajadora social

*Tatiana Anjeis Velez
1085876128

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: proceso de Identificación-Focalización y caracterización a la familia

FECHA: 13 de septiembre del 2025

MUNICIPIO/LUGAR: Belen Umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
1	CC	1085816128. 1087497870.	Tatiana Velez.	21	X																						X					Cra 8 Nº 7-57	3205944130	X		Tatiana Velez	X	<<
2			Sofia Vera Velez	6	X									X													X					Cra 8 Nº 7-53.	3205944130	X		Sofia Vera	X.	
3																																								
4																																								
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								

10
3273

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 18/0/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Belen Umbria	B. Jabonera	Cra 8-N-7-57-	1.

	DIA	MES	AÑO
V1	28	10	2025.
V2	28.	11	2025.
V3			

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Nancy Cardona-Angi6.	Nancy-cardona-Angi 6.	

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Tatiana Anyeli Velez	Tatiana velez.	3205944130.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Fortalecimiento de los vinculos Afectivo y emocionales.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. (A) Medio. (M) Bajo. (B)

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Manejo de Normas Sociales.	Se Promovio el reconocimiento de emociones y el uso de estrategias de Comunicacion Empatica.	(X) A M B	A M B	A M B
2	patrones de crianza poco saludables.	Orientacion sobre como percibir patrones de crianza poco saludables. y crianza Responsable Mejorar la comunicacion.	A (X) M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Dificultades en priorizar el Bienestar Integral de la familia	Se inicia trabajo explicando que significa la crianza Respetuosa y que no es. Fortalecimiento de los vinculos Relacional y afectivos. Cuidado Consciente.	(X) A M B	A M B	A M B

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	palabras de crianza poco Saludable	Se trabajo cambio de Roles. Sobre la crianza poco saludable trabajo de Comunicación Asertiva. Crianza Responsable.	A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B
5			A M B	A M B	A M B
6			A M B	A M B	A M B
7			A M B	A M B	A M B
8			A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILEGENCIADO POR: Nombre y Apellidos

Profesión: Psicologa.

ACOMPAÑADO POR: Angi Garcia
Nombre y Apellidos

Profesión:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 2.

Lugar: Cra 8. N° 7-57-B. Jabonera
Fecha: 28 de Octubre del 2025.
Hora: 10:00 am.

Personas citadas: Familia Lelez.

Asistentes: Sofia Vaza Lelez.
Tatiana Lelez.
Nancy cardona.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos - Socialización de la Intervención
2. Realización de la Actividad.
3. Avances.
4. Conclusión.

DESARROLLO

1. Se inicia con un saludo y Agradeciendo su tiempo para la Intervención.
→ Se socializa la Intervención.

2. Dentro de la Intervención la madre expresa algunos Hechos que viene pasando con Referencia a la custodia. De igual forma se inicio Orientación Sobre que es la crianza, Respetuosa y que no. Sobre el Fortalecimiento de los vinculos emocionales y afectivos. El cuidado cariñoso Figura Maternal.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN

3. Se mira el proceso, con mucha dudas. y se Orienta sobre el cuidado Personal. Figura Materna.

4. - Trabajar la Crianza Respetuosa.
→ la comunicación Asertiva.
→ Manejo de la pautas y normas.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda visita para el mes de noviembre; se confirmara un dia antes de Forma telefonica.
2. Se Recomienda hacer un Cita de Forma virtual.

NOMBRE	FIRMA
Sofia Vera Velez.	SOFIA VERA
Tatiana Anjeis Velez	Anjeis Velez

Anjeis Velez
FIRMA
Cargo mamá

FIRMA
Cargo psicologa.
Elaboró Angi Gaicia trabj. Social.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Procesos de Identificación - 1° Intervención Familiar.
FECHA: 28 de Octubre del 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen Umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1085816128	Tatiana Velez.	21	X									X													X					Cra 8 N. 7-57.	3205944130	X		Tatiana Velez		<<
2	T.I	1087404870.	Sofia Vera Velez	0	X												X										X					Cra 8 N. 7-53	3205944130			Sofia Vera		
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

· 3276

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 6

Lugar: cra 8 N° 7-57 b jaboneria
Fecha: 08-11-2025
Hora: 8:30 a.m

Personas citadas: familia velez

Asistentes: Sofia Vera velez
Tatiana velez
Nancy Cardona
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo y bienvenida.
2. Realizacion de actividades.
3. conclusiones y Avance
4. Cierre

DESARROLLO
1. Se da inicio a la jornada con un saludo cordial y agradecimiento por la asistencia, explicando que se realizaria una actividad de reflexion sobre las emociones y cargas personales.

2. Posteriormente, se desarrolló la dinamica "la mochila invisible", mediante la cual las participantes identificaron y compartiendo de forma voluntaria las situaciones y emociones que cargan diariamente. Durante la actividad, se promovió la escucha, el respeto y la expresion emocional.

3. Como resultado, las participantes reconocieron la importancia de identificar sus cargas emocionales y adoptaron estrategias básicas para gestionarlas. Además, se evidenció apertura, participación activa y avances en el reconocimiento y expresión de emociones.

4. Finalmente, se dio cierre a la jornada agradeciendo la disposición y el compromiso demostrado durante el proceso. De igual manera, se informó que el servicio finaliza, dejando un mensaje de motivación para continuar aplicando lo aprendido.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Reconocer y expresar oportunamente las emociones que generan carga en la vida diaria.
2. Poner en practica estrategias de autocuidado emocional.

NOMBRE	FIRMA
Sofia Vera Vélez.	SOFIA
Tatiana Velez.	Tatiana Velez

Tatiana Velez
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia
Cargo Trabajadora Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Ana. García - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 6ª intervención familiar
FECHA: 08-11-2015
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria - cra 8ª 7-57

No	TIP DOC.	NT. DOCUMENTO	NOMBRES APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO
1	R.C	1085816128	Tatiana Velez	21		X								X													X					cra 8ª #7-57	3205944130	X		Tatiana V.	X	
2	R.C	1087994870	Savia Vera Velez	6		X										X											X					cra 8ª #7-57	3205944130	X		SOFIA	X	
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

Rural 3278

HOMERIS E.S.E Hospital Mental	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de Umbría, Fecha 21 de mayo del 2025.

Yo, leidy johana Gonzalez mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.087.998.043 actuando en nombre la familia: Bermudez Gonzalez, de la vereda vereda valdelomar; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3145749075

Nombre de la persona que firma el consentimiento: leidy johana Gonzalez

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Nancy Cardona - Ana Garcia

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

La Niña es depresiva hay momentos que esta feliz y luego triste.

Los gemelos tiene Problema de aprendizaje y lenguaje

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Belen de Umbria
Fecha: 21 de mayo del 2025
Hora: 8:00 am.

Personas citadas: Familia Gonzalez.
Angi Garcia
Nancy Cardona
Asistentes: Leidy Johana Gonzalez.
Clara Sofia Gonzalez.
Samuel Bermudez G.
Manuel Bermudez G.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos y Presentación
2. Socialización y Realización Ficha Familiar APS.
3. Observación de posible problematica.
4. Cierre.

DESARROLLO

1. la Reunion Inicio con un Saludo Institucional. Por parte de angi Garcia (trabajadora Social) Nancy Cardona (psicologa) quien agradecieron por la participacion de la familia y se destaco la importancia del trabajo Interinstitucional en el marco del plan de Intervencion Colectiva (PIC) se hizo una.
2. Breve contextualización del objetivo de la Reunion

Se llevo a cabo la Socialización del plan de intervención colectiva, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud mental de la poblacion, mediante la implementación de acción Colectiva de Promoción de la salud y Prevencion Orientada al Fortalecimiento de capacidades Individuales y colectivas al Desarrollo del entorno Saludable.

3. Durante la Reunión Se observo algunas dificultades en la Relación en special en la Parte emocional - Dificultades en el proceso de aprendizaje.
la madre expresa que le han hecho observación sobre la Estatura de los niños.

4. la Reunion conduyo Resaltando la importancia de continuar trabajando de manera articulada con el equipo psicosocial para acompañar las observaciones y expresiones de la situacion por la madre. Se busca Promover la salud mental y el Desarollo Integral de la familia.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Buena disposicion frente a las actividades
2. Buscar fortalecimiento en equipo a Nivel familiar

NOMBRE	FIRMA
Leidy johana Gonzalez	Leidy johana Gonzalez
clara sofic Gonzalez	clara sofia Gonzalez
Samuel Bermudez Gonzalez	Samuel Bermudez Gon.
manuel Bermudez Gonzalez	Manuel Bermudez Gonzalez

Leidy Johana Gonzalez
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo

Nancy Cardona - Angi Garcia
FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Psicologa - Psicologa
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

3220

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		2	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico	4		
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		2	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad o enfermedad?	(1) SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	0	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		7	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca (2) Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	1	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá (2) Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces (3) Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	La relacion famliar es?	(1) Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	1	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces (3) Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	(1) Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI (2) NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI (2) NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	0	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI		
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2: Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	2		
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1: Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio-cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

	Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	(1) SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI (2) NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI (2) NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Anbi Lorena G.
Profesión: Trabaj Social

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Lancy Cardona
Profesión: Psicólogo.

Firma del representante de la familia:
Leidy Johana Gonzalez

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona – Angi Garcia

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de Identificacion Focalizacion i caracterizacion a la Familia.

FECHA: 21 de mayo del 2025

MUNICIPIO/LUGAR: Belén de Umbría.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1.087998.043	leidy johana Gonzalez			X											X												X		vereda valdelomar	3145749075		X	leidy Gonzalez	X	<<
2	T.I	1.085816.886	clara sofia Gonzalez	16		X											X												X		vereda valdelomar	3145749075		X	clara sofia G	X	
3	T.I	1085817 276	Samuel Bermudez G	13	X												X												X		vereda valdelomar	3145749075		X	samuel G	X	
4	T.I	1085817276	Manuel Bermudez G	13	X												X												X		vereda valdelomar	3145749075		X	manuel G	X	
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

- Habitos. De Aleucia - Hipertiroidismo
- papás. cuidado y hermanos
  10 años →
- consumo.
  grado 7.9.
  Perdieron 1° →

→ Diarrea. familiar bruno.
→ Papá sale. en tiempo integración
→ Restaurantes - Jueves - Miércoles
- viernes - Sabados - Domingo.
- Agricultor. (yuca)

apoyo. (a veces
el lingoso

→ Pediatra. sabien
→ neurologo EPS.
Se quedó estancado.
→ transporte.
→ Lenguaje:

322
9.

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 18/0/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Belen de Umbria	Vereda Valdetomar		1

	DIA	MES	AÑO
V1	21	JUNIO	2023
V2	06	JULIO	2023
V3	19	AGOSTO	2023

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Nancy Cardona - Angi García.	Angi García - Nancy Cardona.	Angi García - Nancy Cardona

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	Nº telefono contacto
leidy Johana Gonzalez	leidy Johana Gonzalez.	317.574.075.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifico que Salvacion Conflicto entre padres tienen Riesgo 3. Se planea desarrollar - Entrevista individual - Uso de lenguaje emocional
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifica que Persiste el bajo autoestima y dificultades academicas
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Baja autoestima – Refuerzo Positivo - Fonemas.

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. A Medio. M Bajo. B

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Problema Con el Uso de lenguaje emocional.	Se desarrolló un espacio de orientacion familiar Para Promover el reconocimiento y expresion de emociones, fortaleciendo el autoestima	X A M B	A M B	A M B
2	bajo autoestima. Dificultades academicas	Reforzar junto alas familia el lenguaje interno Positivo. y la importancia del acompañamiento escolar.	A M X B	A M B	A M B
3	Bajo Rendimiento academico	Se propone la realizacion de un taller familiar dirigido a los padres con el objetivo de fortalecer las estrategias de acompañamiento escolar	A M X B	A M B	A M B
4	Inseguridad y falta de confianza en Si mismo.	Se orientó a la familia Sobre la importancia de reforzar las cualidades y logros del menor Para fortalecer su autoconocimiento.	X M B	A M B	A M B

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Baja autoestima Dificultades academicas Posible trastorno del habla.	Entrevista individual, Observacion en la fluidez del habla, Pronunciacion de sonido. Capacidad para iniciar y mantener una conversacion. Orientacion Familiar Sobre el acompañamiento en el proceso.	X M B	A M B	A M B

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	baja auto-estima -Dificultad para Pronunciar fonemas.	Orientación Psicoeducativa sobre la necesidad de Activar la Ruta. con Referencia al Decreto 1421. Trabajo de autoestima y. Ejercicio de fonemas.	A M B	A M B	A M B
3	Baja auto-estima. -Refuerzo Positivo fonemas.	Se trabajo a través de cuento. Reestructuración cognitiva- •Se trabaja con los chicos Refuerzo positivo en la articulación de fonema.	A M B	A M B	A M B
4	-Refuerzo de Fonemas. -fortalecimiento de autoestima.	-Se trabaja reestructuración cognitiva "Soy mas que una nota - Mis pensamientos "Quien Soy"! Se Refuerta la lectura y Fonema).	A A B	A M B	A M B
5	Se sigue trabajando Refuerzo fonemas. -cuidado Personal.	Se trabaja a través de la. Reflexion la conciencia del propio cuerpo y bienestar. - hábitos Personales (higiene, Descanso).	A M B	A M B	A M B
6	baja autoestima. -cuidado personal.	trabajo a través de herramienta. "El circo de la mariposa donde. se hace Reflexion, la necesidad. del autoconcepto - Redes de apoyo saludable.	A M B	A M B	A M B
7	Baja autoestima	se desarrollo una actividad de refuerzo personal para promover la identificación de cualidades y fortalecer la autoestima	A M B	A M B	A M B
8	cuidado personal insuficiente.	Se realizo una actividad orientada a reconocer habitos de cuidado personal y fortalecer su practica diaria	A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILEGENCIADO POR: _____ Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa

ACOMPAÑADO POR: Angi Garcia Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Belen de Umbra.
Fecha: 21-JUNIO-2025
Hora: 1:30 P.M

Personas citadas: Familia Gonzalez.

Asistentes: Leidy Johana Gonzalez.
Clara Sofia Gonzalez.
Samuel Bermudez G.
Manuel Bermudez.
Angi Garcia.
Nancy Cardena.

ORDEN DEL DÍA

1. Socializacion de actividades.
2. Realizacion de actividades.
3. Conclusiones
4. Compromiso y Finalizacion Reunion

DESARROLLO

1. Se Socializaron las actividad a trabajar en la segunda visita, tanto la psicologa como la trabajadora Social.
Explicacion las funciones que se llevaran Acabo.

2. En la actividad a Realizar, Se realizo entrevista Individual con Samuel y Manuel, en especial. Valorando y observando Su autoestima con Referencia a la dificultad que se presenta a nivel academico.
. En la entrevista la acudiente dice que sus hijos nunca han sido valorado para hacer el acompañamiento en los ajuste Individuales.

3. Se concluye la necesidad de trabajar con Samuel y Manuel, autoestima- ejercicios de Analisis del texto, y lectura- ejercicios. Para la Pronunciar (R) Inicial-Intermedia -
. Buscar acompañar a la Inst. Para que tambien desde el area del docente de apoyo. Pueda iniciar un proceso segun el Decreto 1421.
4. El Equipo psicosocial agradece el compromiso. Como familia, se socializa mas o menos la Fecha para el mes de Julio. la Reunión e intervención termina con agradecimientos de parte de la Familia.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tercer Visita Para mes de Julio. del 2025.
2. Se agendara con tiempo la visita, se informara por medio telefonico.

NOMBRE	FIRMA
x Leidy johana G	x Leidy johana G
Samuel Bermudez Gonzalez	Samuel Bermudez Gonzalez
manuel Bermudez gonzalez	Manuel Bermudez gonzalez
Clara Sofia.	Clara Sofia.

x Leidy johana G
FIRMA
Cargo

FIRMA Nancy Cardona.
Cargo Psicologa.
Elaboró Angi Garcia.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 1= Intervencia familiar.
FECHA: 21-JUNIO-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria.

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1084 998043	Leidy Johana Gonzalez.	36		X											X															Vereda Valdelomar	317 574 075		X	x Leidy G	X	
2	TI	10FC 817276	Samuel Bermudez	13	X												X															Vereda Valdelomar	11		X	Samuel B.	X	
3	TI	10YT 817275	Manuel Bermudez	13	X												X															vereda valdelomar	11		X	Manuel B.	X	
4	TI	1.085.816 606.	Clara Sofia Gonzalez	16		X											X															Vereda Valdelomar	3145740 75		X	clara Sofia	X	
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

- Palabras fonéticas.
Menos: todas la gusta.
Propias fonéticas: - Casa →
Palo - Carro →

Fonema. (R) - Caracteriza. Fonema.

.Posible: → tomate →.
→ tatero →
→ Femocarril.
- Perro. - Pluma (pluma).

→. Samuel →. (R) - mejor R.
plato - pato.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Belen de Umbria
Fecha: 06-JULIO-2025
Hora: 5:00 PM

Personas citadas: Familia Gonzalez.

Asistentes: Angi Garcia
Nancy Caidana.
Leidy Johana Gonzalez
Clara Sofia Gonzales
Samuel Bermudez G.
Manuel Bermudez

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos -, Socalizacion de la intervencion 2.
2. Realizacion de actividad.
3. Conclusion y Avance.
4. agradecimiento.

DESARROLLO

1. Se inicia con un saludo a la familia y sobre todo se agradece por la puntualidad. Compromiso.
Se socaliza la segunda Intervencion familia

2. En Medio de la Reunion se retoma. algunas Inquietudes de Parte de Leidy Con Referencia a la intervencion q' Debe hacer la institucion, Se le indica el paso a paso, Igual se le expresa q' vamos hacer una posible Reunion con la docente de apoyo para que nos. ayude en este proceso.

3. Se trabaja con Samuel y Manuel. El Reconocimiento de la lehra R. De igual manera se indaga a través de preguntas abiertas, cuál es la socialización en el contexto ESCOLAR. Avance: compromiso y confianza de Samuel Hacia el equipo psicosocial.
4. El Equipo psicosocial agradece enormemente el compromiso de la Familia

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita, se informa por medio telefonico.
2. Dar cumplimiento a la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
x Leidy Johana G	x Leidy Johana G
Samuel Bermudez Gonzalez	Samuel Bermudez Gonzalez
manuel bermudez gonzalez	Manuel Bermudez Gonzalez

x Leidy Johana G
FIRMA
Cargo

FIRMA Nancy Cardona.
Cargo Psicologa.
Elaboró Angi Garcia

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

3227

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Ambi Garcia-Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 2 intervencion familiar
FECHA: 06-julio-2023
MUNICIPIO/LUGAR: 6:00 P.M (Belen de umbria)

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1087 998043	Leidy Johana Gonzalez	36		X							X																X					X	Leidy G	X	<<
2	T.I	1085 817276	Samuel Bermudez	13	X								X																X			11		X	Samuel B.	X	
3	T.I	1085 817275	manuel Bermudez	13	X								X																X			11		X	Manuel B.	X	
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda, taparcal - Belen de umbria
Fecha: 19 - Agosto - 2025
Hora: 9:00 am

Personas citadas: Familia Gonzalez.

Asistentes: Leidy Johana Gonzalez
Clarisofia Gonzales.
Samuel Bermudez
Manuel Bermudez.
Angi Garcia
Nancy Cardona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo -
2. Socialización de la Intervencion 3.
3. Realización de actividad.
4. Conclusión y avances.

DESARROLLO

1. Saludos, Se inicia con un Saludo a la Familia y Se le agradece por la puntualidad y compromiso
- Se Socializa la tercera intervención que se va llevar acabo.

2. Se Realiza con Samuel y Manuel Bermudez trabajo de autoestima - Refuerzo positivo en la articulación de fonemas (R) (S) tz (x) (P) Inicial, Intermedia y Final, Igual. Se afianta la lectura a través de ejercicio de cuento y el manejo de la puntuación -
Se Orienta a la Familia la necesidad de continuar el acompañamiento en casa.

3. Avances: Samuel y Manuel tienen muchas dificultades con su autoestima se especial por la Dificultades Académicas desde el área de lenguaje - Pero queda, Resalta que son dos niños muy dispuestos al ejercicio que se trabaja durante la intervención y se esfuerza para lograr alcanzar el objetivo que se busca con esta intervención.

4. Conducta: A pesar de las dificultades la familia y los niños son muy comprometidos con el proceso.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita.
2. Dar cumplimiento a la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
Samuel Bermudez Gonzalez	Samuel Bermudez Gonzalez.
Manuel Bermudez Gonzalez	Manuel Bermudez Gonzalez
Clara Sofia Gonzalez	Clara Sofia Gonzalez.
leidy G.	leidy G

leidy G
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia
Cargo Trabajadora Social
Elaboró Yanny Cardenas. psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 3 Intervenerc - Farmolica.
FECHA: 19-AGOSTO-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUSSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1085 817276	manuel bermudez	13	X											X												X							manuel B.	X	<<
2	T.I	1085 817276	Samuel Bermudez	13	X											X												X				Vereda Taparcal	3145749075		X	Saimuel Bermudez	X	
3	C.C	1087 998043	Leidy Johana Gonzalez.	36		X										X												X				Vereda Taparcal	3145749075		X	Leidy G	X	
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

3230

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda taparcal - Belen de Umbra.
Fecha: 16 de septiembre del 2025.
Hora: 9:00 am.

Personas citadas: Familia Gonzalez.

Asistentes: Leidy Johana Gonzalez -
Clara Sofia Gonzalez.
Samuel Bermudez
Manuel Bermudez
Angº Garcia - Yancy cardona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos - Socializacion de la intervencion
2. Realizacion de la actividad.
3. Avances.
4. conclusions

DESARROLLO

1. Se Inicia con un Saludo y agradecimiento a la Familia por el Seguimiento en el proceso. en las tareas para la casa.
- Se Socializa la intervencion que se llevara. acabo.

2. Se realiza con Samuel y Manuel, trabajo. de autoestima - Quien soy - el cuidado personal. Se hace refuerzo positivo. de la practica hecha. en casa de los Fonemas con dificultades y la. lectura de cuento.
Se Orienta a la Familia la necesidad de Continuar con los ejercicios en casa.

3. Avances: Se evidencia excelente avances. En la Parte de la lectura y los Fonemas, (R) (S) (Z) (X) - se notan niños mas confiados. y alegres, cuando ellos mismo observan sus logros y esto genera mejor autoestima.

4. Conclusión: Seguir trabajando Fonemas lectura y autoestima

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Estamos Pendiente de agendar proxima visita Segun directrices de Homeris
2.

NOMBRE	FIRMA
Samuel Bermudez Gonzalez	Samuel Bermudez Gonzalez
manuel Bermudez gonzalez	manuel Bermudez Gonzalez
Leidy johana Gonzalez	Leidy johana Gonzalez

Leidy johana Gonzalez
FIRMA
Cargo

FIRMA
Cargo psicóloga.
Elaboró Angi Garcia.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi García – Nancy Cardona.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 4. Intervención Familiar.
FECHA: 16 de septiembre del 2025.
MUNICIPIO/LUGAR: Belén Umbría.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO RAIZALES ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CY D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1005 817225	Manuel Bermudez	10	x											1								4				Vereda taparcal.	3145745075		x	Samuel Bermudez Gonzalez	x	<<
2	T.I	1085 817276	Samuel Bermudez	13	x											x								x				Vereda taparcal.	3145740 75			manuel bermudez gonzalez	x	
3	C.C	101795 8047	Leidy Johanna Gonzalez.	36.		x										x								x				Vereda taparcal.	3145740 75			Leidy Johanna Gonzalez	x	
4	T.I	1085 816806.	Clara Sofia Gonzalez.			x										x								1				Vereda taparcal	3145740 75			Sofia G.	x	
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.6

Lugar: Vereda tapartal – Belen de umbria.
Fecha: 18 de Octubre del 2025.
Hora: 10:00.

Personas citadas: Familia Gonzalez.

Asistentes: Leidy Johana Gonzalez
- Samuel Bermudez.
Manuel Bermudez
Angi Garcia
Nataly Cardona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos – Socializacion de la intervencion
2. Realizacion de la actividad.
3. Avances.
4. Conclusion.

DESARROLLO
1. Nueval. Se inicia la Orientacion con agradecimiento. A la Familia Bermudez Gonzalez por el. Cumplimiso en el proceso y buscar el avance en las debilidades Familiares.
- Se socializa la Intervencion.

2. Se sigue trabajando autoestima – Refuerto. de los Fonemas – Dentro del ejercicio de Reflexion Se trabaja mucho la conciencia del cuerpo, tener hábitos Personales en especial la higiene.
- Se Orienta a la madre sobre la necesidad de Reforzar la higiene en ellos, ya que esto. ayuda a Fortalecer Su autoestima.

3. Avances: la madre Expresa agradecimiento a Homeris x la intervención con su hijo, ella evidencia una mejor actitud y confianza académica > Mejoraron la pronunciación de los fonemas y la lectura.

4. Conclusión: Se evidencia un buen avance en los abrazos, se debe seguir trabajando la higiene corporal.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda visita para el mes de noviembre.
2. Cumplir el acuerdo de enviar los abrazos mas organizados al colegio.

NOMBRE	FIRMA
Samuel Bermudez Gonzalez	Samuel Bermudez Gonzalez
manuel Bermudez Gonzalez	manuel Bermudez Gonzalez
x Leidy Johana Gonzalez	x Leidy Johana Gonzalez

x Leidy Johana Gonzalez
FIRMA
Cargo

FIRMA
Cargo psicologa
Elaboró Nancy Cardona
Angi Garcia
trabajadora social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

Lobo R.
Video 2.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 5 Intervención Familiar
FECHA: 18 de Octubre del 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1085 817275	Samuel Bermudez	13	X												X									X				Vereda laparcal.	3145745075		X	Samuel Bermudez Gonzalez		<<
2	T.I	1085 877276	Manuel Bermudez	13	X												X									X				Vereda laparcal.	3145745075		X	manuel Bermudez Gonzalez		
3	C.C	1085 8647	leidy Johana Gonzalez	36													X									X				Vereda laparcal.	3145745075		X	leidy Johana Gonzalez		
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 7

Lugar: Vereda Taparcal Belen de Umbrica
Fecha: 14 de noviembre del 2025
Hora: 1:00pm.

Personas citadas: Familia Gonzalez.

Asistentes: Leidy Johana Gonzalez.
Samuel Bermudez
Manuel Bermudez
Angi Garay
Nancy Cardona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo - Socialización de la intervención
2. Realización de la actividad.
3. Avances
4. conducta

DESARROLLO

1. la intervención inicia con el agradecimiento ala Familia por su compromiso y por la bugueda. activa de estrategia Orientadas al fortalecimiento. Familiar
- Se Socializa la intervención

2. Se realiza con los niños un momento de. Reflexión, con referencia a como se inicio el. proceso y las dificultades que se evidencian.
- Se trabaja, a través un cortometraje "El circo de la mariposa" donde se hace la Reflexión de NO depender de lo que otros mediga - sino como nevalo "40" Siempre buscar Redes de apoyo que fortalezca mis. Cualidades y que sean un apoyo de crecimiento.
- Soy valioso y tengo mucho que Ofrecer a otros.

3. Avances: Se evidencia Resultados muy positivos, como: En el asbostrina - la tama.
De Decisiones.
- El manejo de los fonemicos, se evidencio un gran avance
- la Red de apoyo familiar es cada dia mas abierta.
- El manejo de la ansiedad e identificarlos.

4. Para concluir los adolescentes mostraron un progreso muy positivo en el proceso de acompañamiento la madre cada dia es mas empoderada en el manejo de la comunicación y el orden Personal de Samuel y emanuel.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Seguir trabajando, comunicación asertiva.
2. Cuidado Personal de los niños.

NOMBRE	FIRMA
Samuel Bermudez Gonzalez	Samuel Bermudez Gonzalez
manuel Bermudez Gonzalez	manuel Bermudez Gonzalez
- Leidy Johana Gonzalez	- Leidy Johana Gonzalez

FIRMA Leidy Johana Gonzalez
Cargo

FIRMA
Cargo Psicóloga.
Elaboró Angi Garcia
Trabajadora Social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

TADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

ión: 01

Vigencia: 05-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona – Angi Garcia

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 6. Intervencion Familiar.

FECHA: 14 de noviembre del 2025

MUNICIPIO/LUGAR: Bebeu Ombria.

N°	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	HIDÚGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	DESPLAZADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPTA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1085 817275	Samuel Bermudez	13	X												X										X				Vereda Tapacal	3145745075		X	Samuel Bermudez Gonzalez		<<
2	T.I	1085 817276	Manuel Bermudez	13	X												X										X				Vereda Tapacal	3145745075		X	manuel Ber mudez G.		
3	CC	1087995047	Leidy Johana Gonzalez	30		X											X										X				Vereda Tapacal	3145745075		X	Leidy Johana Gonzalez		
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

HOMERIS E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de Umbría, Fecha 21 Mayo 2025.

Yo, Marisol Garcia Paez mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 33 000065 actuando en nombre la familia: Largo Garcia, de la vereda El por venir; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3023479640

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Marisol Garcia paez

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Nancy Cardona. Angi Garcia B

vgredel.

¿Cómo explican _ W. con toda la familia)

→ hijo 18 años, no consumido

→ Miguel Angel _ Se dishae modelo.
(una habla modelo _ [illegible]) Rec. TDAH.
aprende _ bien
→ No hace deberes de apoyo.
→ 9 _ muy bien →.

- Conducta →.
- Ajustes →.

- Psicólogo del Hospital el Burro 18 años.
que lo iba tratar a psiquiatra.
- la mamá de una con ella _ (su Relación es muy nula -)
- Esposo → muy paciente

problemas familiares surgieron

3237

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 1

Lugar: Belen de Umbría
Fecha: 21 de mayo del 2025.
Hora: 2:00pm.

Personas citadas: Largo Garcia

Asistentes: Valery Mariana Largo
Mansol Garcia Paez
Migue Garcia
Nancy Cardona
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo y Presentacion
2. Socializacion y realizacion de caracterizacion, C-informado
3. Induccion de la Problematica.
4. Cierre

DESARROLLO

1. La reunion inicio con el saludo institucional por parte de Angi Garcia (Trabajadora social) y Nancy Cardona (Psicologa) quienes agradecieron por la participacion de las familias y se destacó la importancia del trabajo interinstitucional en el marco del Plan de Intervenciones colectivas (Pic). Se hizo una breve contextualizacion de los objetivos de la reunion.

2. Se llevó a cabo la socializacion del plan de intervenciones colectivas, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la poblacion mediante la implementacion de acciones colectivas de promocion de la salud y prevencion y promocion orientadas al fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas, y al desarrollo de entornos saludables.

3. Durante el encuentro con la Familia se ha identificado problemas con el Rendimiento Academico la mamá expresa q' tiene dificultades para mantener la atencia y cumplir con los propositos academicos, tambien tiene Relacion Deteriorada con la mamá Igual con el papá de los niños.
Expresa que su mayor Preocupacion es la convivencia

4. la Reunion concluyo Resaltando la importancia de continuar trabajando de manera Articulada con el Equipo Psicosocial, y Reconocer conductas q' afectan el Desarrollo Armonico e Integral. de la Familia

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Compromiso con la citas y actividades.
2. Acompañamiento por parte de Equipo Psicosocial.

NOMBRE	FIRMA
Valery Mariana Largo	Valery Mariana Largo
Marisol Garcia Parra	Marisol Garcia P.
Miguel GARCIA.	Miguel GARCIA

Marisol Garcia Parra.
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Acudiente - Madre.

Yanley Cardona - Angi Garcia
FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Psicologa. Trabaj Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		2	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		4	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución			
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras	3		
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Nancy Cardona
Profesión: psicologa.

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Ambi Garcia
Profesión: Trabaj Social

Firma del representante de la familia:

. Marisol Garcia Paez.

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 09-2017

CONTRATISTA: Ángel García-Yanci Cardona

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

FECHA:

MUNICIPIO/LUGAR: Belén de Umbría- Vereda el Porvenir

#	TIP EDC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGBTIQ	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	DESPLAZADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SS-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO FFMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AVANCE ACTIVIDAD
1	CD	33600065	Marisol García Pard	24	X												X														Vereda el porvenir	3023479640	X		Marisol García	X
2	T.T	1085817150	Miguel GARCIA	14																											Vereda el Porvenir	3023479640	X		Miguel G.	X
3	T.T	1085818016	Valery largo.	9																											Vereda el Porveni	3023479640	X		Valeria G.	X
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				

3247

8

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 18/0/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Belen de Umbria	Vereda el Porvenir	Finca Anofian.	1

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	12	06	2025	V2	6	julio	2025	V3	19	AGOSTO	2025

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Nancy Cardona-Angi Garcia	Nancy cardona_Angi Garcia	Angi Garcia-Nancy Cardona

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Marisol Garcia Paez	Marisol Garcia Paez	3023479640

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: la familia muestra disposición al acompañamiento institucional. (conflicto familiar en el hallazgo psicosocial en la caracterizacion)
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: se observa dificultades en el estado emocional y pautas de crianza
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: toma de decisiones - Identificación de factores de Riesgo

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. A Medio. M Bajo. B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	*Estilos de crianza opuesto. *Poca supervision al adolescente. *Bajo rendimiento escolar.	Se realizó intervención en manejo de emociones, Promoviendo el reconamiento, expresion y canalizacion emocional dentro del entorno familiar y pautas de crianza Promoviendo acuerdos parentales.	A X M B	A M B	A M B
2	Pautas de crianza	Promover el manejo adecuado de crianzas.	A M X B	A M B	A M B
3	Baja rendimiento academico	Se Propone la realización de un taller dirigido a los Padres, con el objetivo de fortalecer las estrategias de acompañamiento escolar	A M X B	A M B	A M B
4	Incumplimiento de normas familiares.	Se enseñaron estrategias para aplicar limites saludables, utilizando consecuencias positivas y negativas de manera consistente	A X M B	A M B	A M B

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	*Dificultad en la toma de Decisiones *Bajo Rendimiento academico -Consumo de vapeo.	Se Orienta al adolescente con Referencia al Orden que se debe llevar en el manejo del tiempo. Se trabajo Pensamiento emocional.	A X M B	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	• Manejo de emociones. • Dificultad en la comunicación	- Se Orienta a la familia sobre la necesidad de seguir afianzando la comunicación desde el acercamiento. - Manejo de Emociones -	A M B	A M B	A M B
3	Toma de Decisiones - Identificación de Factores de Riesgo.	Se continua trabajando con Miguel la toma de Decisiones, a través de ejercicio de Reflexión - Reconocimiento de los factores de Riesgo.	A M B	A M B	A M B
4	Dificultad para Acatar las normas del Hogar.	- Se trabaja con Miguel el ejercicio - "la regla invisible" la Isla sin Regla. Reflexión Familiar - Para que sirve. las normas.	A M B	A M B	A M B
5	Uso del tiempo libre toma de Decisiones.	Se Realizo un espacio de Reflexión sobre la necesidad de Actividad Extracurricular. - Reforzamiento de la autoeficacia. - Habitos Saludables.	A M B	A M B	A M B
6	Vinculo entre el adolescente y la madre poco saludable	Orientación sobre la madre sobre pautas de crianza pocos saludables - Ejercicio de modulamiento	A M B	A M B	A M B
7	Uso inadecuado del tiempo libre.	Se realizó una actividad "mapa del tiempo libre" sobre habitos saludables	A M B	A M B	A M B
8	Vinculos familiares debiles	Se desarrolló una actividad de dialogo y escucha activa para promover el acercamiento emocional y fortalecer vinculos.	A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILEGENCIADO POR: Angi Garcia B
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social.

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos
Profesión: psicologa.

3242

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 1

Lugar: vereda el porvenir, finca ANOfran.
Fecha: 12-junio-2025
Hora: 9:00 a.m

Personas citadas: Larbo Garcia

Asistentes: valery mariana larbo
marisol Garcia Paez
miguel Garcia
omar alexis larbo
Nancy Cardona
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo y bienvenida.
2. Socialización de actividades a desarrollar.
3. Realización de actividades.
4. conclusiones y compromisos.

DESARROLLO

1. Se dio la bienvenida a la familia y se generó un ambiente de confianza, agradeciendo por la disposición. Se presentó el objetivo de la intervención.

2. Dando continuidad con lo Programado, se explicó la metodología de trabajo, centrada en la toma de decisiones y el manejo emocional dentro del entorno familiar.

3. Seguidamente, la Psicologa trabajó el "Semaforo de las emociones" y "la toma de decisiones" (el aquí y el ahora" Para fomentar la reflexión y el autocontrol. Por su Parte la Trabajadora Social abordó la canalización de emociones con la familia. Promoviendo el reconocimiento y expresión emocional.

4. finalmente, se resaltó la Participación activa del grupo familiar y se acordó aplicar las herramientas aprendidas en el entorno familiar.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Aplicar en casa las estrategias aprendidas Para manejar las emociones
2. fortalecer la toma de decisiones consciente en el entorno familiar

NOMBRE	FIRMA
Valery Mariana Largo	Valery Largo Garcia
Marisol Garcia Paez	Marisol Garcia Paez
Miguel Garcia	miguel Angel Largo Garcia
Omar Alexis Largo	Omar Largo

Marisol Garcia Paez
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia-
Cargo Trabajadora Social-
Elaboró
Psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 1. Inmunización Rabia
FECHA: 12-Junio-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda el Porvenir

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	38800005	Marisol Garcia Paez	44	X								X														X					Vereda el Porvenir	3023479640		X	Marisol Garcia P.	X	<<
2	T.I	1085871750	Miguel Garcia	14	X												X										X					Vereda el Porvenir	3023479640		X	miguel g.	X	
3	T.I	1085918016	Valery Largo	11		X											X										X					Vereda el Porvenir	3023479640		X	Valery largo	X	
4	C.C	1061240	Omar Alexis Largo	39	X												X										X					Vereda el Porvenir	3106810238		X	Omar Largo	X	
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 3

Lugar: vereda el Porvenir, finca anofran
Fecha: 06 Julio
Hora: 11:00 a.m

Personas citadas: Largo García

Asistentes: Valery, Mariana largo } Nancy cardona
Marisol, García Paez } Angi García
Miguel García
Omar Alexis largo }

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo
2. Revisión de avances
3. Observaciones del la dupla
4. Conclusion y compromiso.

DESARROLLO

1. Se agradece a la familia por la disposicion y se les da un caluroso saludo por el proceso de acompañamiento enfocado en mejorar el bienestar emocional escolar de los niños.

2. Esta segunda intervencion que los niños siguen presentando baja autoestima, han mejorado academicamente, aunque los avances son pocos.

3. Es necesario reforzar rutinas en casa, disminuir estimulos distractores y mantener refuerzos positivos para aumentar la confianza y la motivacion de los niños, además se sugiere mayor acompañamiento adulto.

4. Los niños continuan con dificultades emocionales y academicas. Se requiere mayor acompañamiento y refuerzo en casa para favorecer su progreso.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. La madre establecerá horarios fijos para estudio.
2. Se aplicaran estrategias de refuerzo positivo

NOMBRE	FIRMA
Valery Mariana Largo	Valery Largo Garcia
Marisol Garcia Paez	Marisol Garcia Paez
Miguel Garcia	Miguel Angel Largo Garcia
Omar Alexis Largo	Omar Largo

Marisol Largo Garcia
FIRMA
Cargo

FIRMA Ana Garcia-
Cargo Trabajadora Social.
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nanci Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 1 intervencion familiar
FECHA: 06-JULIO-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda el Porvenir

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CD	33800065	S. Marisol Garcia Pach	24	X												X									X				Vereda el porvenir	3023479640		X	Marisol Garcia	X	<<
2	T.T	1085817150	Miguel GARCIA	14	X												X									X				Vereda el Porvenir	3023479640		X	Miguel G.	X	
3	T.T	1085818016	Valery largo.	9		X											X									X				Vereda el Porveni	3023479640		X	Valeria G.	X	
4	C.C	1086127 40	Omar Alexis Largo	39	X												X									X				Vereda el Porvenir	3106819238		X	Omar Largo	X	
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 4.

Lugar: Vereda el Porvenir, finca Anofian
Fecha: 19 AGOSTO-2025
Hora: 2:00 P.M

Personas citadas: Largo Garcia

Asistentes: Valery, Mariana Largo, Manuel Cardona
Marisol Garcia Paez, Angi Garcia.
Miguel Garcia

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo y Socializacion de actividades
2. Realizacion de actividad.
3. Avances,
4. Conclusion y Cierre.

DESARROLLO

1. Se inicia con un Saludo de gratitud por. Continuar con el proceso de Intervención Psicologica. De igual Forma se socializa la actividad a trabajar tanto la psicologa. como la trabajadora Social.

2. Dentro de la actividad la madre expresa: que evidencia en miguel un compromiso Academico, De igual Forma se continua. la asesoria familiar sobre la importancias de AFianzar los lazos de CONFIANZA con los adolescentes. con Miguel se Sigue trabajando la toma de Decisiones y el descubrimiento de las fortalezas y Debilidades, buscando una compresion de los Recursos internos y externos que Miguel posee, con las debilidades se Pretende disminuir los Riesgos

3. Hay Reconocimiento de la Fortalezas como: habilidades Sociales - Manejo de la motricidad Fina, el habajo con su padre en el campo.
Debilidades: la influencia de los amigos - Responsabilidad Academica
- Se evidencia Dificultades en el Reconocimiento de las Fortalezas Familiar.

4. Conclusiones: Miguel hace muy buena Reflexión Con Referencia à los Riesgo que trene su Redes de amistad.
- Hay un asercamiento Significativo con la Figura Materna.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita
2. Dar cumplimiento a la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
Miguel Angel 2.9	Miguel Angel Largo Garcia
Marisol Garcia Paez	Marisol Garcia P.
Valery Largo Garcia	Valery Largo Garcia

Marisol Garcoa P.
FIRMA
Cargo

FIRMA Ang Garcia-
Cargo Trabajadora Social-
Elaboró Psicologa

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

0247

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia-Nangi Cardona

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 3ª Intervencia Pavimento

FECHA: Ta-A600470-2025

MUNICIPIO/LUGAR: Vereda el Porvenir

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO		POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1338 00065	Marisol Garcia Paez	44	X												X										X						X	Marisol Garcia P.	X	<<
2	T.I	1085887150	Miguel Garcia	14	X												X										X				Vereda el Porvenir	3023479640		X	miguel angel	X	
3	T.I	1085 888016	Valery Largo	9		X											X										X				Vereda el Porvenir	3023479640		X	Valery Largo	X	
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda el Porvenir – Finca Donofran.
Fecha: 18 de Septiembre del 2025.
Hora: 10:00 am.

Personas citadas: Jargo Garcia

Asistentes: Valery Manana Largo – Angi Garcia
Marisol Garcia Paez.
Miguel Garcia
Nancy Cardona -

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo y socialización de actividad.
2. Realización de actividad.
3. Avances.
4. Conclusión y cierre

DESARROLLO
1. la Reunión se inicia con un agradecimiento a la Familia por el cumplimiento de la tarea en casa y la continuidad del proceso.
Se socializa la actividad a trabajar tanto de la psicologa como la trabajadora social.
2. Se trabaja con la familia sobre la necesidad de acompañar Miguel en el proceso academico no importa la edad.
- De igual forma se trabaja con miguel ejercicio " la reglas invisibles".
la FSIA Sin Regla – Reflexión familiar.
Sobre la importancia de la Reglas y el Acompañamiento emocional"

3. Avances: a pesar que se debe Reforzar los temas una y otra vez, la actitud de Miguel y los avances en la toma de Decisión es Significativa.
- la Madre hace un esfuerzo muy grande para tener Refuerzos positivos con sus hijos.

4. - Seguir trabajando con Miguel las normas y Proyecto de vida.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Estamos Pendiente de agendar la siguiente visita Segun directrices de Homeris.
2.

NOMBRE	FIRMA
Valery Largo Garcia	xValery Largo Garcia
Marisol Garcia Paez	Marisol Garcia P.
x Miguel Angel Zarga	x Miguel Angel Zg.

Marisol Garcia P.
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia
Cargo Trabajadora Social
Elaboró
Psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona – Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: A. Intervencion Familiar
FECHA: 18 de septiembre del 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda el Porvenir – Belen Umbria

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	TI	1085 818016	Valeria largo	9	X												X									X					Vereda el Porvenir	3023479640	X		Valery largo	X	<<
2	CC	1053800005	Marisol Garcia	44	X												X									X					Vereda el Porvenir	3023479640	X		Marisol Garcia P		
3	TI	1085811150	Miguel Garcia	14	X												X									X					Vereda el Porvenir	3023479640	X		Miguel Angel		
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

3250

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda el Porvenir – Finca - Cinofron.
Fecha: 11 Octubre del 2025.
Hora: 9:00 am.
Flia: Largo Garcia.
Personas citadas: Valery Manana largo.
Marsol. Garcia

Asistentes: Valery Manana largo –
Marisol Garcia Paez
Miguel Garcia.
Ndrey Cardona.
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos y Socializacion de Actividad
2. Realizada de actividad.
3. Avances.
4. Conclusiri

DESARROLLO
1. Nuevo. Se inicia la Reunión con agradecimiento a la Familia pasada largo Garcia, por el compromiso en el proceso y buscar el avance en la Intervenci
- Se Socializa la Intervención

2. Se Sigue trabajando con Miguel Garcia, la. AutoEstima - la toma de Decisiones y el tiempo libre.
Se habla con la Familia y con el adolescente - la necesidad de la Actividad Extracurricular y volver hacer Deporte para mejor la Calidad de vida.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN

3. Avances: la usuaria expresa que se siente muy agradecida con el proceso en especial porque Miguel ha cambiado su Red de amigos y en el estudio se ve mas comprometido.
Igual es importante que miguel se proyecte y su tiempo libre sea mas.
4. Productos
- Seguir trabajando habitos saludables
- actividades en sentido.
- circulo social con Red de apoyo.
- Establecer metas y planificar a corto y mediano plazo.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se organiza cronograma de citas - se confirma un dia antes de forma telefonica
2. Avenguar actividades adicionales.

NOMBRE	FIRMA
Valery largo Garcia	Valery largo Garcia
Morisol Garcia Pace	Morisol Garcia P.
x Miguel Angel Largo	x Miguel Angel L.

Morisol Garcia P.
FIRMA
Cargo

FIRMA Ang Garcia -
Cargo Trabajadora Social -
Elaboró
Nancy Cardona
psicologa

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: S. Intervencion Familiar.
FECHA: 11 de Octubre del 2024
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda el porvenir - Belen Umbria

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1085 818016	Valeria Largo	9	X													X									X			Vereda el Porvenir	3023479640		X	Valery Largo	X	<<
2	C.C	3380 06 65	Maiso Garcia	44	X													X									X			Vereda el Porvenir	3023479640	X		Manuel Garcia		
3	T.I	108581 7150	Miguel Garcia	14	X													X									X			Vereda el Porvenir	3023479640		X	Miguel Angel	X	
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CODIGO	110-FO-53
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1
	FORMATO PORTADA INSTITUCIONAL	COPIA CONTROLADA	

PROYECTO PIC: 2025

PROGRAMA:

SALUD MENTAL

PERIODO NOVIEMBRE-

DICIEMBRE

BELEN DE UMBRÍA

Kilómetro 4 Vía a Cerritos – Av. 30 de Agosto # 87 – 76
Teléfono: 33734444 - 3370406

HOMERIS E.S.E Hospital Mental	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de Umbría, Fecha 31-MAYO-2025

4100

Yo, Juliana Suarez mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1017221400 actuando en nombre la familia: Avila Suarez, de la vereda Belen de Umbria; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3127734520

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Juliana Suarez

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: ANGI Garcia. Nancy Caicedo.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: cll 3 #11-2 barato negro
Fecha: 31-mayo-2025
Hora: 1:00 P.m

Personas citadas: Suarez Rios

Asistentes: Dilan Andres Suarez
Juliana Suarez
Anbi Lorena Garcia
Nancy Cardona

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo y Presentacion
2. Socializacion y realizacion ficha familiar APS
3. Indagacion de Posible Problematica
4. Cierre

DESARROLLO

1. La reunion inicio con el saludo y Presentacion institucional por parte de la Psicologa y trabajadora Social, quienes agradecieron por la participacion de la familia y se destaco la importancia del trabajo interinstitucional en el marco del plan intervenciones colectiva (PIC), se hizo una breve contextualizacion de los objetivos de la reunion.
2. Se llevó a cabo la Socializacion del plan de interuencion colectivos, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la Población mediante la implementacion de accion colectiva de Promocion y Prevencia, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas al desarrollo del entorno saludables.

3. Durante la visita la madre expresa que el niño ha cambiado su comportamiento desde que tuvo la segunda hermanita del niño. tambien expresa que no retiene la alimentacion y de un momento a otro ha cambiado su comportamiento.

4. la reunion concluye resaltando la importancia del acompañamiento psicosocial con el fin de fortalecer vinculos familiares.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Buena disposicion frente a las actividades.
2. compromiso con las visitas.

NOMBRE	FIRMA
Dilan Andres Rios Suarez	Dilan
Juliana Suarez	Juliana

.Juliana Suarez
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo

Angi Garcia-
FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Trabajado Social-
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

Departamento de RISARALDA

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023



REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada	3	3.	Padre ausente.
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		2	
	Curso de Vida de la Familia	(1.) Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		1	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI (2:) NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	(1.) Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		1	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces (3.) Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos (7.) Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces (3.) Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	La relacion famliar es?	(1.) Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces (3.) Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	(1.) Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI (2:) NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI (2:) NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	0	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO	2		
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2: Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	2		
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	3	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Ana Garcia
Profesión: Trabajadora Social.

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Dana Cardona
Profesión: Psicologa.

Juliana Suarez.
Firma del representante de la familia:

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Saldana
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de identificacion, focalizacion, caracterizacion a la familia
FECHA: 31-mayo-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de umbria

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1017221400	Juliana Suarez	30		X											X												X			cll3 #11-2	3127734520	X		Juliana	X	«
2	T.I	1022100412	Dilan Andres Rios	7	X												X												X			cll3 #11-2		X		- DILAN	X	
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 18/0/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Direccción	Ficha familiar No.
Belen de U.	Cato Bajo.	cll 3- N°-11-2.	1.

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	10	JUN 10	2025	V2	03	07	2025.	V3	06	AGOSTO	2025

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Nancy Cardona – Angi Garcia	Nancy Cardona – Angi G.	Angi Garcia – Nancy C.

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Juliana Suarez	Juliana Suarez.	312 773 45 20.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifico que en la Evaluación de Riesgo - tipo de Familia: Padre ausente - Riesgo 3. en Crianza - Caso Congenital niño.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Dificultad → Academicas y conductual → en la Ins. Falta de acompañamiento Fliar a nivel Academico
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Manejo de emociones - Refuerzo de comportamiento Positivo

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. (A) Medio. M Bajo. B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Dificultad para acatar normas y no reconoce a la madre como figura de autoridad	Establecer normas y limites claros en el hogar. Desarrollar un espacio de orientacion con la madre para fortalecer su rol de autoridad	X A / M / B	A / M / B	A / M / B
2	Problemas de comportamiento en la institucion educativa	Orientacion familiar sobre el acompañamiento y sensibilizacion al menor y apoyo en la realizacion de tareas.	X A / M / B	A / M / B	A / M / B
3	manejo de emociones	Promover la identificacion y expresion adecuada de emociones en el menor, mediante actividad ludicas y estrategias de autorregulacion.	X A / M / B	A / M / B	A / M / B
4	Dificultad frente al manejo de emociones	Se realizó sesión de orientacion familiar sobre manejo de emociones y establecimiento de limites saludables	X A / M / B	A / M / B	A / M / B

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	• Pauta y limites • Duelo por separacion • Dificultades socializacion en pares. • celos fraternos.	Se comenta a la madre sobre la necesidad de poner limite Asertivos. Sobre validacion de la emociones de Dilan. y el manejo del duelo y la vinculacion mas cercana en los procesos de Socializacion.	Y A / M / B	A / M / B	A / M / B

• Entrevista Semiestructurada –
• Figura Proyectiva.

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	Problema de conducta. Academica en la Instit	Orientacion Pauliga sobre el. Acompañamiento oportuno. en la parte Academica. Orientacion sobre la necesidad. de la valoracion psicopedag. en Ins	A M B	A M B	A M B
3	- Manejo de emociones - Refuerzo positivo de fonemas Economia de ficha.	Se trabaja a través del cuento la tortuga para Regulacion emocional de la impulsividad. - Refuerzo positivo de la articulacion fonemas L(R)(S)(T)(X). - Responsabilidad y habitos positivos	A M B	A M B	A M B
4	Refuerzo positivo - economia de fichas. - Manejo de emociones	Se Refuerza los fonemas, la lectura, y la motivacion escolar - se trabaja las emociones a través del cuento Monstruo de colores - y se continua con Ref. de economia de fichas.	A M B	A M B	A M B
5	Manejo de emociones y Autoestima	- Se sigue trabajando el manejo de las emociones A través de cuento "la mochila de tomas" y Refuerzo positivo	A M B	A M B	A M B
6	- Manejo de la emocions - Reconocimiento emocions	Se trabaja a través de cuento "la mochila de tomas" para la emociones no expresada, empieza. a generar malestar Cabeza Interiorizar nuestras emocion	A M B	A M B	A M B
7	Manejo de emociones y autoestima	se realizó una actividad de reconocimiento emocional para fortalecer la expresion afectiva y el autovalor personal	A M B	A M B	A M B
8	Canalizacion de emociones	se desarrollo una actividad de dialogo guiado para identificar emociones y reportar la valoracion personal	A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILEGENCIADO POR: _____ ACOMPAÑADO POR: Angi Garcia

Nombre y Apellidos

Profesión: Psicologa. Profesión: Trabajadora social

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Calle 3 # 11-2 Gato negro - Belen de Umbria.
Fecha: 10-JUNIO-2025
Hora: 1:00 P.M

Personas citadas: Suarez Rios

Asistentes: Dilan Andres Suarez
Juliana Suarez
Angi Lorena Garcia
Nancy Cardona

ORDEN DEL DÍA
1. Socialización de actividades.
2. Realización de actividades.
3. Conclusión
4. Compromiso, agradecimiento y cierre de Reunión

DESARROLLO

1. Se Socializo las actividades a trabajar en la segunda visita, tanto psicologica, como social.

2. En la actividad a Realizar Se llevo a cabo. la Orientación Familiar Sobre el Duelo por Separación las posible dificultades a nivel I. Educativa Sobre dificultades en la habilidades sociales de Dilan.
. En Dibujo de la Familia - Se evidencio una Separación con la madre a nivel afectivo, posiblemente por el nacimiento de su hermana.
En la entrevista Semiestructurada tambien Se evidencio dificultades en el ambiente escolar, Se Orienta a la madre Sobre el manejo de dichas Situaciones

3. En conclusión trabajar con la familia el apego seguro - El manejo de Pauta de Crianza.
. Orientación Sobre el manejo Duelo.
. Acompañamiento a nivel academico y dificultades de la Socialización Dilan.
. Antecedentes clinicos - teneido en cuenta para buscar ayuda para ajuste Individuales en la Institución"

4. El Equipo psicosocial agradece el compromiso como familia, se socializa la posible fecha para el mes de julio.
- la Reunion e Intervención termina con agradecimiento de parte de la Familia.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tercer Visita Para el mes de julio.

2. Se agenda con tiempo la visita, Se informara. x medio telefonico - Cumplir con la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
Dilan Andres Rios Suarez	Dilan andres Rios suarez
Juliana Suarez	Juliana Suarez

Juliana suarez
FIRMA
Cargo

FIRMA - Angi Garcia
Psicologa-Trabajadora social
Cargo
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 1ª Intervención Pacífica.
FECHA: 10-JUNIO-2025.
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1017221400	Juliana Suarez	30		X											X											X			Calle 31 Nº 11-2.	3127734520	X		Juliana Suarez	X	<<
2	T.T	1022100712	Dilan Andrade Rios	7	X												X											X			Calle 3 Nº 11-2.	3127734520	X		Dilan Rios	X	
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

10:00

ACTA No. 3

Lugar: Cll 3 N°11-2. Belen de Umbria.
Fecha: 03-julio-2025
Hora: 10:08 am

Personas citadas: familia Suarez Rios

Asistentes: Dilan Andres Suarez
Juliana Juarez.
Angi Jorena Garcia
Nancy Caidona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos. Sogalizacia 2. Intervencia
2. Realizacia de actividad
3. Conducia y avances
4. Compromiso-agradecimiento.

DESARROLLO

1. Se inicio con un Saludo a la Familia y Sobre todo le agradece por la puntalidad, compromiso y Dar cumplimiento a la Fecha Pactada.
- Se socializa la Segunda intervencia

2. Dando continuidad a la intervencia, en primera instancia Se escucha a la Figura materna, donde expresa que Dilan tiene Disgnaido, Dificultades de Disciplina en la institucia, desde el area psicologica. Se Orienta Sobre dicha situacia se envia formato a la Docente osea Directora del grupo- la trabajadora Social hace su intervencia a tres. como Reforzar los tatos de confianza.

3. Conclusiones: Se Orienta a la mandre. Sobre el proceso que le debe llevar en el colegio y el acompañamiento de ella en este proceso.
- Se Fortalece los fortalezas con Dilan
- Se trabaja manejo de impulsos, logrando buena Asertividad.

Avances: Mejora la empresis nocturna.
la comunicación entre madre e hijo.

4. El Equipo psicosocial agradece enormemente el compromiso de la familia

- De igual forma se envia Documento a la docente para saber un poco de Dila a nivel institucional — hacer entrega Oportuna.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visitas.
2. Dar cumplimiento a la ata pactada.

NOMBRE	FIRMA
Dilan andres Rios suarez	Dilan andres Rios suarez
Juliana suarez	Juliana suarez

Juliana suarez
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo - Angi carina Psicologa - Trabajadora Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Correa
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 2a Intervención Familia
FECHA: 03-Julio-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA . BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1017224-00	Juliana Juarez	30		X								X														X			Cll 3 Nº 11-2.	3127733420	X		Juliana	X	<<
2	T.I	1022100712	Dilan Andres Rios	7	X											X												X			Call 3 Nº 11-2.	3127734520	X		Dilan	X	
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 4

Lugar: Cll 3 N°11-2.
Fecha: 06-AGOSTO-2025
Hora: 9:00 a.m

Personas citadas: Familia Suarez Rios

Asistentes: Dilan Andres Suarez.
Juliana Suarez.
Nancy Caicedo.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo - Socialización de la actividad.
2. Realización de la actividad.
3. Avances.
4. Conclusión

DESARROLLO

1. Se da Inicio a la intervención con un saludo. Cordial y la creación de un ambiente de confianza.
- Se socializa la intervención con la familia.

2. Se Realiza con Dilan. trabajo a través de cuento de la tortuga para fortalecer autocontrol emocional - (Manejo de la Ira la impulsividad.
- Se hace Refuerzo positivo en la articulación de Fonemas - Inicial - Intermedio y Final y se afianza la lectura a través de un cuento.
De igual Forma se hace el ejercicio con la Familia a través de la economía de Ficha buscando como objetivo. Incrementar conductas deseadas.

3. los avances son pocos, la madre Reporta que sigue teniendo problema en el colegio con el manejo de la Disciplina - De la aproximación A la lectura. y Falta de Cumplimiento con los deberes Academicos -
- Dilan Es un niño con buena actitud muy Positiva. Frente al trabajo efectuado.

4. Conclusión: Seguir trabajando con el auto control.
- Refuerzo positivo de los Foremes -
- Reglas y normas de Disciplina.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita
2. Dar cumplimento a la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
Juliana Suarez	Juliana Suarez
Dilan Anches Rios -	Dilan Rios

xJuliana Suarez L.
FIRMA
Cargo Madre.

FIRMA
Cargo psicologa -
Elaboró Angi Garcia
trabajadora Social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Lang Cardona – Angi. Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 3ª Intervención familia
FECHA: 06-Agosto-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belén de Umbría – Cabecera – Calle 13 Nº 11-2.

No	TIP DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA											ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	METIZO	OTRO	SAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.S.M.I.T.	ETV	ZOONOSIS	SSSD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PIAMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1077220800	Juliana Suarez	30	X									X														X				C113 Nº 11-2	3127733420	X		Juliana S		X
2	RC	1022100712	Dilan Andres Rios	7	X												X											X				C113 Nº 11-2	3127733420	X		Dilan R.		X
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

3392

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 5.

Lugar: Cll 3 N° 11-2
Fecha: 04-Septiembre-2025
Hora: 02:00 P.M

Personas citadas: familia Suarez Rios

Asistentes: Dilan Andres Suarez
Juliana Suarez
Yanci Cardona
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo-Socialización de la actividad.
2. Realización de la Actividad.
3. Avances
4. Conclusiones.

DESARROLLO

1. Saludos y agradecimiento a la familia por el compromiso en la intervención y. Disposición para recibirnos y llevar a. cabo como Familia las Actividades que se de la de Operación

2. Se realizo con Dilan. Refuerzo de los Fonemas- El analisis de la actividad de economia de Ficha para dar Seguimiento cumplimiento de las actividades. De igual Forma se trabaja con Dilan el. cuento. el monstruo. de colores " Manejo de las emociones y con la Familia se sigue. trabajando comunicación Asertiva

3. Avances: la Familia Expresa estar muy contenta con el progreso del niño. tiene algunas dificultades todavia con sus relaciones con los pares, pero ha mejorado notoria.
En la economia de fichas Durante los 4 semanas las cumplio con Excelente empeño.

4. Seguir trabajando la emociones, manejo de impulsos.
Refuerto Academico.
- Pautas y normas en la casa y Colegio
- los padres Seguir afrontando el Refuerzo Positivo.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Estamos Pendiente de agendar la siguiente visita Segun Directrizes de Homeris.
2.

NOMBRE	FIRMA
Juliana Suarez lozada.	Juliana S.
Dilan Andres Rios	DILAN

Juliana
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia -
Cargo Trabajadora Social -
Elaboró Psicologa

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Alanch Cardona - ANGI Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 4° Intervencion familiar
FECHA: 02 Septiembre- 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Gato Negro - Clle 13 N° 11-2 (Belen de umbria)

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA												ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	R.C	1077231400	Juliana Juarez	30		X							X														X					cll 3 N° 11-2	3127733420	X		Juliana S.	X	<<
2	R.C	1022100712	Dilan Andres Rios	7	X											X											X					cll 3 N° 11-2	3127733420	X		DILAN	X	
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

3394

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Cll 3 N° 11-2
Fecha: 03-Octubre-2025
Hora: 3:00 P.M

Personas citadas: familia Suarez Rios

Asistentes: Dilan Andres Suarez
Juliana Suarez
Nancy Cardona
Angi Lorena Garcia

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos - Socalizacia de la Actividad.
2. Realizacia de la Actividad.
3. Avances
4. Conclusia.

DESARROLLO

1. Nuevol Se inicia la Reunia Agradeciendo. A Juliana, por el avance tan Significativo. y el apoyo en Este proceso.
- se socializa la Intervenia

2. Se Sigue afiantando en Dila el manejo. de las Emociens, la impulsividad y Auto-Estima A raiz de cuento "la mochila de tomas" Reforzando la necesidad de expresar las emociens de forma asertiva.
- se Sigue trabajando sobre la ansiedad el Refuerzo positivo y la comunicacia Asertiva.

3. la madre expresa estar muy agradecida con Homeris y el proceso que se lleva con Dilan. Dice que ha cambiado notoriamente a nivel Académico y Disciplinario. También en el comportamiento con la hermana y la forma como Responde en casa.

4. Conclusiones: Seguir trabajando el Refuerzo Positivo y la comunicación.
- la Economia de Ficha.
- como profesionales del programa estamos muy contentas de ver avance a nivel familiar

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda la visita y se confirma de Forma telefonica.
2. Seguir con la economia de Fichas.

NOMBRE	FIRMA
Juliana Suarez lozada.	Juliana S.
Dilan Andres Rios.	DILAN

Juliana.
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia
Cargo Trabajo Social
Elaboró
Psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia-Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 5: Intervencion Familiar-
FECHA: 03-octubre-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Barro Negro-Cll 13 N°11-2 (Belen de umbria)

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1077221400	Juliana Suarez	30		X							X														J	X			cll 3 N° 11-2	3127733420	X		Juliana S.	X	<<
2	R.C	1021 00712	Dilan Andres Rios	7	X											X												X			cll 3 N° 11-2	3127733420	X		DILAN	X	
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

3396

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 6

Lugar: Cll 3 N° 11-2
Fecha: 08-11-2025
Hora: 12:00 P.m

Personas citadas: Familia Suarez Rios

Asistentes: Dilan Andres Suarez
Juliana Suarez
Nancy Cardona
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo, socializacion de la actividad
2. Realizacion de la actividad
3. Avances.
4. Conclusión.

DESARROLLO

1. Se dio inicio a la jornada con un saludo cordial y agradecimiento por la participacion de la familia y disposicion frente a todo el proceso. dando continuidad se explica el objetivo de la actividad.

2. como resultado del ejercicio la logró reconocer la importancia de observar sus emociones y comprender como estas influyen en la convivencia. De igual forma, se evidenciaron avances en la capacidad de expresar lo que sienten, así como en la apertura para escucharse mutuamente

3. como resultado, la familia mostró mayor apertura para expresar sus emociones, reconocer dificultades y plantear estrategias de mejora, además se evidenció una mejor comprensión sobre la importancia del autocontrol.

4. En Síntesis, la actividad permitió fortalecer dificultades como el reconocimiento emocional dentro del hogar y reforzar la importancia de una comunicación consciente para mejorar la convivencia.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Hacer una pausa antes de reaccionar en momento de tensión.
2. mantener un dialogo mas calmado cuando afloren emociones.

NOMBRE	FIRMA
Juliana Suarez L.	Juliana S. L.
Dilan Andrey Rios Suarez	DILAN

Juliana Suarez
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia
Cargo Trabajadora Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

2597

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Ambi García-Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 6ª intervención familiar
FECHA: 08-11-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Calle 3 N°11-2

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA											ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CY D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1077 27430	Juliana Suarez	30	X								X															X			Calle 3 N° 11-2	3127733420	X		Juliana S	X	
2	RC	1022100 312	Dilan Andres Rios	70	X											X												X			Calle 3 N° 11-2	3127733420	X		DILAN	X	
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

OBSERVACIONES:

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de Umbría, Fecha 21-Junio-2025

Yo, Beatriz Elena Perez Rios mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 24552393 actuando en nombre la familia: Salazar Perez, de la vereda Cra 11 #2-10; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3209976749

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Beatriz Perez

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Angi Garcia - Nancy Cardona

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Cra 11 #2-10
Fecha: 21-junio-2025
Hora: 9:30 am

Personas citadas: Flia Salazar Perez

Asistentes: Beatriz Elena Perez Rios
Isabella Salazar Perez
Angi Garcia
Nancy Cardona

ORDEN DEL DÍA

1. Saludos y Presentación
2. Socialización y Realización Ficha familiar Aps.
3. Observación de posible Problematica.
4. Cierre.

DESARROLLO

1. Presentación del Equipo psicosocial con la Familia

2. Se llevó a cabo la socialización del plan de Intervención colectiva.
Se inicia con la preguntas de la Ficha Familiar Aps.

3. Se Observo que en la familia tienen dificultades con la pautas y normas con Isabella - tambien poco acompañamiento. academico.
Isabela esta Repitiendo 1°. y hay Desmotivacion por el Estudio
4. la Reunion concluyo Resaltando la importancia de continuar trabajando de manera articulada con el Equipo psicosocial.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Buena Disposicion frente a la actividad.
2. Se agendara con tiempo la Próxima Intervencion Se les pide total colaboracion con la Fecha acordada.

NOMBRE	FIRMA
Beatriz Elena Perez Rios	Beatriz Perez
Isabella Salazar Perez	Isabella Salazar P

Beatriz Perez.
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Madre.

FIRMA (SECRETARIA TECNICA) Barcelaga
Cargo Angi Garcia.
Elaboró Trabajadora Social-

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

3400

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada	2		
	Número de personas que conforman la familia	Numerico	3		
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución	1	1.	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6.Todas las anteriores 7. Otras	6		
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4-Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3.Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo fisico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI		
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	2	2	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	Ninguno Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

	Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	3

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Angi Garcia
Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos:
Profesión: psicologa.

Beatriz Perez

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Anfol Garcia - Nancy Cardona

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de Identificación - Focalización, caracterización a la Familia

FECHA: 21 - Junio - 2025

MUNICIPIO/LUGAR: Cra 11 #2-10 (Belen de umbria)

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	R.C	1045523013	Beatriz Elena P	44	x								x													x							x				x	
2	T.I	1085818348	Isabella Salazar P	6	x												x									x							x				x	
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

3403

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 18/0/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Belen Umbria	Mocatan.	Cra 11. N:2-10	1

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	02	07	2025	V2	17	AGOSTO	2025	V3	02	Septiembre	2025

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Nancy Caidona - Angi G	Angi Garcia - Nancy C	Angi Garcia - Nancy Cardona

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Beatriz Elena Perez	Beatriz Elena Perez R.	3209974 9.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se evidencio dificultades en la Pautas y norma de disciplina Problema academico - poco acompañamiento emocional.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Baja autoestima - Refuerzo Positivo – Psicoeducación
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. A Medio. M Bajo. B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	-bajo rendimiento academico y desmotivacion escolar.	Se orienta a la familia sobre la importancia de tener normas y limites establecidas en el hogar.	A / M / B	A / M / B	A / M / B
2	Bajo autoestima y desmotivacion escolar.	se orienta a la familia la importancia de fortalecer la autoestima y la motivacion escolar mediante acompañamiento psicosocial, actividades ludicas, estrategia de reconocimiento de logros	A / M / B	A / M / B	A / M / B
3	Dificultad manejo de emociones Para el manejo de emociones	fortalecer las habilidades de manejo de emociones y se promueve estrategias de acompañamiento y rebulacion emocional	A / M / B	A / M / B	A / M / B
4	Refuerzo positivo.	Se trabaja con la familia Refuerzo positivo. especial en la Park Academica.	A / M / B	A / M / B	A / M / B

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	dificultad en la paytas y norma de Disciplina. A Nivel Academico	Se Orienta a la Familia Sobre la necesidad de tener normas claros. • Isabela se trabajo Dibujo Proyect • Entrevista Semi-estructurada • Refuerzo de los temenas.	A / M / B	A / M / B	A / M / B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	Baja autoestima. Refuerzo positivo de Fonemas- Economia de Fichas.	Se trabaja a través del cuento: El Refuerzo de la lectura y de autoestima- -Refuerzo positivo en la articulación de fonemas -Economia de ficaos.	A M B	A M B	A M B
3	Refuerzo positivo. -Economia de fichas. -Manejo de emociones.	Se Refuerza los fonemas, la lectura y la Motivación Escolar. -Se trabaja la emociones a traves del cuento Monstruo de colores. y se da continuidad y Refuerzo a la economia de fichas.	A M B	A M B	A M B
4	Manejo de emociones Refuerzo-positivo.	-Se sigue trabajando con Isabela Manejo de las emociones y la confianza positivo con la familia.	A M B	A M B	A M B
5	Manejo de las emociones Reconocimiento de la emocion	- Se trabaja a través del cuento de las emociones- Cómo las emociones pe san dentro de nosotros- cual y que llevamos en nuestra mochila invisible"	A M B	A M B	A M B
6		"cuento la mochila invisible de tomas.	A M B	A M B	A M B
7	Trabajo social: Reconocimiento de las emociones.	Se trabajó la identificacion de las emociones (Tristeza, alegria, miedo, enojo). Reconocer las Situaciones que le generan emociones	A M B	A M B	A M B
8	Trabajo social: manejo de las emociones	Se trabajó el semaforo de las emociones (verde, Amarillo y Rojo) identificacion de las emociones cuando estrá triste, feliz o enojada.	A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILEGENCIADO POR: Nombre y Apellidos: [illegible] Profesión: psicologa.

ACOMPAÑADO POR: Nombre y Apellidos: Angi Garcia Profesión: Trabajadora Social

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 3

Lugar: Cra 11 #2-10-13. Gato Negro.
Fecha: 02-Julio-2025
Hora: 1:00. P.M

Personas citadas: Ella Salazar Perez

Asistentes: Beatriz Elena Perez Rios
Isabella Salazar Perez
Angi Garcia
Nancy Cardona

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo y bienvenida
2. Socialización de actividades.
3. Realización de actividades.
4. Conclusiones y compromisos.

DESARROLLO

1. Se da inicio la intervencion con un saludo cordial y la creacion de un ambiente de confianza para facilitar la participación de la niña.

2. A continuación, se explicó de manera sencilla el propósito del encuentro y las actividades a realizar desde el enfoque psicológico y social.

3. Por un lado la Psicóloga aplicó entrevista semi estructuradas mediante el juego, abordando temas como disciplina y asistencia escolar. La niña expresó desinteres y rechazo a las tareas.

Por otro lado la Trabajadora social realizó una actividad con la familia, enfocada en fortalecer vinculos y fomentar hábitos escolares en casa.

4.

finalmente se concluye que la niña Presenta desmotivacion escolar y falta de rutina. Se acordó dar continuidad al acompañamiento emocional desde Psicología y coordinar actividades familiares desde Trabajo Social.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. la Psicologa continuará el Proceso de acompañamiento emocional con sesiones ludicas individuales.
2. la Trabajadora social implementaria actividades Promoviendo habitos escolar.

NOMBRE	FIRMA
Beatriz Elena Perez Rios	Beatriz Perez
Isabella Salazar Perez	Isabella Salazar

Beatriz Perez
FIRMA
Cargo Madre:

Psicologa.
FIRMA Anbi Garcia-
Cargo Trabajadora social-
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078 ·
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Ambi García- Yenni Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 1ª Intervención Jauriticia
FECHA: 02-Julio-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Cra 11 #2-10 (Belen de Umbria)

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	24552 3213	Beatriz Elena Perez	44	X									X													X				Cra 11 #2-10	3209976749	X		Beatriz P	X	<<
2	T.I	1085 818348	Isabella Salazar P	6		X											X										X				Cra 11 #2-10	3209976749	X		Isabella S	X	
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 3

Lugar: Cra 11. N°. 2-10. Belen Umbria
Fecha: 17-AGOSTO 2025
Hora: 8:00 a.M

Personas citadas: Familia Salazar Perez

Asistentes: Beatriz Elena Perez Rios
Isabella Salazar Perez.
Angi Garcia
Nancy Cardona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos-Socialización de la actividad.
2. Realización de la actividad.
3. Avances.
4. Conclusiones

DESARROLLO

1. Saludos y agradecimiento a la familia por el compromiso en la intervención y la Disposición para Recibir la Asesoría.
- Se Socializa la Segunda Intervención Familia.

2. Se Realiza con Isabella, trabajo a través de cuento para fortalecer el aubeslima, donde se evidencia una actitud muy asertiva, de igual forma ha se hace Refuerzo positivo en la articula ción de fonemas (R)(L)(Z)(T)(S) - inicial, intermedio y final y se afianta la lectura a través del cuento

De Igual manera se hace con la familia el ejercicio de Economía de Ficha, con el objetivos. de Isabella, tenga mas organizacion y Responsabilidad Academica.

3. Isabela es una niña muy dispuesta para los ejercicios planteados, tiene muy Buena Actitud Para el Refuerzo positivo de los fonemas y el habajo de autoestima
- Se Recibe a la madre muy atenta en el manejo de la economia de Fichas.

4. seguir Reforzando de Forma positiva los Fonemas, la lectura y la Autoestima.
- Estar Pendiente que se cumpla con el cuadro de la economia de Fichas.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita.
2. Dar cumplimiento a la citapactada.

NOMBRE	FIRMA
Beatriz Elena Perez	Beatriz Perez
Isabella Salazar	Isabella Salazar
Vanesa restrepo	Vanesa Restrepo

Beatriz Perez
FIRMA
Cargo

FIRMA
Cargo Psicologa - Trabajadora Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

3407

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia – Nancy Cardona.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 2° Intervencion Familiar
FECHA: 17-AGOSTO-2017
MUNICIPIO/LUGAR: Cra 11 - N°2-10 (Belen de Umbria).

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	24552 393	Beatriz E. Perez	44	X									X													X				Cra 11 Nº 2-10	3209976749	X		Beatriz P	X	<<
2	T.I	1085 818398	Isabella Salazar	7	X												X										X				" "	" "	X		Isabella	X	
3	T.I	1.085. 877627	Vanesa Rosheo	11	X												X										X				Cra 11 Nº 2-10	3209976749	X		Vanesa	X	
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

3408

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: cra 11 # 2-10. Belen de umbria
Fecha: 02-Septiembre-2025
Hora: 9:00 a.m

Personas citadas: familia Salazar Perez

Asistentes: Beatriz Elena Perez Rios
Isabella Salazar Perez
Nancy Caldona
Angi lorena Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos- Socializacion de la actividad.
2. Realizacion de la actividad.
3. Avances
4. Conclusiones.

DESARROLLO

1. Saludos y agradecimiento a la familia por el compromiso en la Intervencion y Disposicion para Recibirnos y llevar a cabo las ~~Actividad~~ que se dejan de ejercicio

2. Se realizo con Isabela refuerzo de los fonemas- El análisis de la actividad de la economia de Ficha para dar Seguimiento cumplimiento de las actividades.
- De igual Forma se trabaja con ella el Cuento El monstruo de colores, Manejo de las emociones y con la Familia Se Sigue trabajando Comunicacion asertiva.

3. En lo Avance la Familia expresa estar muy contenta con el proceso, expresa que Isabela tiene mejor actitud en el aula y que se esfuerza mucho para cumplir con la economía del Hogar, Isabela también a mejorado notablemente la lectura.

4. Seguir trabajando con Isabela las emociones, la autoestima y el Refuerzo Academico.
- con los padres seguir motivandolos para que sigan acompañando a Isabela a nivel Academico y emocional.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Estamos pendiente de agendar proxima visita.
2. Según Directrices de Homeris.

NOMBRE	FIRMA
Vanesa Restrepo	Vanesa restrepo Perez
Isabella Salazar	ISABELLA
Beatriz E Perez	Beatriz Perez
Jhon Fredy Salazar	JOHN FREDY SALAZAR

Beatriz P.
FIRMA
Cargo Acudiente Mamá

FIRMA Angi Garcia -
Cargo Trabajadora Social -
Elaboró
Yanci Cardona,

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

3409

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 3ª Intervencion familiar
FECHA: 02 Septiembre - 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Cra 11 # 2-10 Belen de umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1085 2303	Beatriz E Perez	44	X								X													X						3209976945	X		Beatriz P.	X	<<
2	T.I	1085 818348	Isabella Salazar	7		X										X										X						3209976945	X		ISABELLA	X	
3	T.I	1085 5817627	Vanesa Restrepo	11		X										X										X						3209976945	X		vanesa R.	X	
4	C.C	1764 372	Jhon fredy Salazar	50	X											X										X						3209976945	X		JOHN FREDY	X	
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: cra 11 # 2-10 Belen de umbria
Fecha: 03- octubre-2025
Hora: 9:00 a.m

Personas citadas: familia Salazar Perez

Asistentes: Beatriz Elena Perez Rios
Isabella Salazar Perez
Angi lorena Garcia
Nancy Cardona

ORDEN DEL DÍA

1. Saludos – Socialización de la Actividad.
2. Realización de la Actividad.
3. Avances.
4. Conclusión

DESARROLLO

1. Nuevo. Se inicia Reunión Agradeciendo. A la señora Beatriz, por el avance tan. Significativo en Este proceso.
- se socaliza la Intervención.

2. _ Se sigue afianzando en Isabella. los Fonemas - se trabaja el autoestima. a través de cuento.
→ Se trabaja con la familia el Refuerzo positivo y la comunicación Asertivo.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

3. Avances: la usuaria expresa estar muy agradecida con Homeris x el proceso que se lleva con Isabela, dice q' ha aprendido bastante. y que ella ha aprendido a mejorar la comunicación y hacer mas acompañamiento a sus hijos

4. Conclusión seguir trabajando el Refuerzo positivo -
- la Economía de Fichas
- como profesionales estamos muy contentas de ver el avance en Isabela.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda la visita y se confirma de forma telefonica.
2. Seguir con la economia de fichas.

NOMBRE	FIRMA
Beatriz Elena Perez	Beatriz Perez
Isabella Salazar	ISABELLA
Vanesa Restrepo	Vanesa Restrepo

Beatriz P
FIRMA
Cargo Acudiente

FIRMA Angi Garcia-
Cargo Trabajadora Social-
Elaboró
psicólogo

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

3477

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 4. Intervencion Farmaceutica
FECHA: 03-octubre-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Cra 11 #2-10 Belen de Umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1045523943	Beatriz E Perez	44		X							X													X					Cra 11 Nº 2-10	3209976749	X		Bcatriz P	X	<<
2	T.I	1085818348	Isabella Salazar	7		X										X										X					Cra 11 Nº 2-10	3209976749	X		ISABELLA	X	
3	T.I	1085817627	Vanesa Restrepo	11		X										X										X					Cra 11 Nº 2-10	3209976749	X		vanesa R.	X	
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Cra 11. Nº 2-10.
Fecha: 29 de noviembre del 2025.
Hora: 9:00.

Personas citadas: Familia Salazar Perez.

Asistentes: Beatriz Elena Perez Rios.
Isabella. Salazar Perez
Angi Garcia
Nancy Cardona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos Socializacion de la Actividad.
2. Realizacion de la actividad.
3. Avances.
4. Conclusion

DESARROLLO

1. Se inicia la Reunion Agradeciendo a la Señora Beatriz e Isabella Salazar; Por el compromiso en el proceso con Homeris
- Se socializa la Intervencion.

2. Con Isabela Se trabaja a través de video cuento "la mochila de tomas" Se trabaja emocion Confianza, autoestima. y empatia.
- Con la Familia Se sigue afianzando Sobre la importancia de la comunicacion Asertiva y el Refuerzo positivo.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

3. Avances: la mamá expresa que la niña, mejoro notablel. en la lectura, la Profesora. Expreso que la niña mejoro la actitud en el. aula.

- Se evidencia mejor acompañamiento por: parte de la familia en el proceso academico.

4. Con Isabela.

Conclusiones: Se evidencia fortalecimiento en las emociones, cumplimiento academico, En la. parte de la lectura. manejo del tiempo y en el. acercamiento familiar por parte de la Figura. materna.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Seguir con la economia de Casa.
2. hacer Refuerzos positivos

NOMBRE	FIRMA
Beatriz Elena Perez.	Beatriz Perez
Isabella Salazar.	ISABELLA SALAZR

Beatriz D.
FIRMA
Cargo

FIRMA
Cargo Psicóloga
Elaboró Angi Lorena G
Trabaj Social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Caldana.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 5. Intervencion Familiar.
FECHA: 29 de Noviembre del 2025.
MUNICIPIO/LUGAR: Cra 11 - N° 2-10. Belen Umbria

Nº	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	DESMOVILIZADOS REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SE-SSA	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ANTIVIA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	24552393	Beatriz E Perez	44	X									X		X											X				Cra 11 N°2-10	3209976799	X		Beatriz P.	X	
2	TI	1088818348	Isabella Salazar	7	X											X											X				Cra 11 N°2-10	3209976499	X		ISABELA	X	
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

OBSERVACIONES:

HOMERIS E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de Umbría, Fecha 30-MAYO-2025 3:00 p.m.

Yo, Jackeline Gomez Amortegui mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1113780720 actuando en nombre la familia: Gomez Amortegui, de la vereda cra 9. # 11-70.; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3117964949

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Jackeline. Gomez X.

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Nancy Cardona - Angi Garcia

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 1

Lugar: Cra 9 #11-20 (Belen de umbria)
Fecha: 30-mayo-2025
Hora: 8:00.a.m

Personas citadas: Familia Gómez.

Asistentes: Diego A. Cruz.
Santiago Gómez
Jackeline Gómez
Nancy Cardona
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA

1. Saludos y Presentacion.
2. Socializacion y Realizacion Ficha Familiar APS.
3. Observacion de posible problematica
4. Cierre

DESARROLLO

1. la reunion inicio con un saludo institucional por parte de Angi Garcia y Nancy Cardona, Trabajadora Social y Psicologa quien agradecieron por la participacion de la familia y se destacó la importancia del trabajo inter-institucional en el marco del plan de interven colectiva Pic se hizo una breve contextualizacion del objetivo de la reunion.
2. se llevó a cabo la Socalizacion de plan de intervencion colectiva, de la Prevencion y Promocion de Salud mental.

3. Dentro de la entrevista y la Observación familia, la mamá expresa dificultades en especial, con el vaper y alguna vez consumio Sustancia psicoactiva.

4. la reunion concluyó resaltando la importancia de continuar trabajando de manera articulada con el equipo Psicosocial, Para acompañar las observaciones Propuestas anteriormente

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Buena disposicion frente a las actividades
2. Buscar fortalecimiento como equipo a nivel familiar

NOMBRE	FIRMA
.Santiago Gomez amoutegui	Santiago *.
Jackeline Gonzalez A	Jackeline. G A
Diego A. Cruz	Diego A. Cruz.

Jackeline. Gonzalez A.
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Madre y acudiente

Nancy Cordoba-Ambi Garcia
FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Psicologa. Trabajadora Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

	Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Angi García
Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Daniel Cardona
Profesión: Psicologa.

Firma del representante de la familia:
Jackeline Correa M.
1113780720

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona — Angi Garcia

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de Identificación, Focalización, Caracterización a las familias

FECHA: 30 mayo del 2025.

MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1113735470	Santiago gomez amoutegui	16	X																								X				Cra 9 N°-11-20.	3113697029			Santiago X.	X	
2	cc	1113780720	Jacqueline Gomez X	36		X								X															X				Cra 9 #-11-20	3179764949			Jacqueline G X	X	
3	cc	1088485609	Diego Cruz.	36	X																								X				Cra 9 N°11 20.	3214973160			Diego Cruz.	X	
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

3420

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 18/0/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Belen Umbria		Cra 9. Nº 11-20.	1.

	DIA	MES	AÑO
V1	17	JUNIO	2025
V2	06	07	2025.
V3	12	Agosto	2025

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Nancy Cardona - Angi García	Nancy Cardona - Angi García	Angi García - Nancy Cardona.

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	Nº teléfono contacto
Jackeline Gomez.	Jackelme Gómez	3116397029

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifico en la evaluacion de Riesgo 3- expuesto al Consumo SpA. Antecedente Flia - 3 Consumo SpA.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Dificultad en la comunicacion con el padrastro
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Identificación de Factores de Riesgo - toma de Decisiones

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. A Medio. M Bajo. B

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	El adolescente se deja influenciar con facilidad por amistades.	-orientar al adolescente en el fortalecimiento de habilidades para la toma de decisiones y manejo de Presion Social.	X A / M / B	A / M / B	A / M / B
2	fracturacion en la comunicacion asertiva.	Se sensibiliza al adolescente y Padrasto la importancia de mejorar la comunicacion asertiva.	X A / M / B	A / M / B	A / M / B
3	- toma de decisiones - Identificacion de factores de riesgo.	fortalecer la capacidad de toma de decisiones y la identificacion de factores de riesgo en niñas.	X A / M / B	A / M / B	A / M / B
4	limites saludables	Se orienta a la familia sobre la importancia de establece y limites saludables claros y consientes, que le permitan al menor reconocer normas	X A / M / B	A / M / B	A / M / B

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Consumo de vaper. Dificultades en la toma de Decisiones. Responsabilidad Academica.	Se Orienta a la familia sobre la necesidad de tener una Red de apoyo con santiago. Se trabaja con Santiago la toma de Decisiones a traves del ejercicio el Semaforo	X A / M / B	A / M / B	A / M / B

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	Comunicación Frágil entre el y el Padrastro.	Se trabajo taller con Referencia a la comunicación asertiva. Acompañamiento emocional en la adolescencia	A X M B	A M B	A M B
3	- toma de Decisiones - Identificación de factores de Riesgo	Se continua trabajando con Santiago la toma de Decisiones, a través de ejercicio de Reflexión - Reconocimiento de las Debilidades y Fortalezas. para identificar factores de Riesgo.	A M X B	A M B	A M B
4	- Limites Saludables - Identificación de Relaciones Dañinas	- Se trabaja con Santiago el aprender a Decir NO, sin sentirse Culpable o miedo al Rechazo. - Ejercicio sobre el circulo de amigo y sus aportes.	A M X B	A M B	A M B
5	Uso de tiempo libre, toma de decisiones	Se realizo un espacio de Reflexion sobre la necesidad Actividad extracurricular. - Reforzamiento de la autoeficiencia - habitos saludables.	A M X B	A M B	A M B
6	Proyecto de vida. toma de decisiones	Se trabaja a través del video de circo de la mariposa, Reflexiones. Proyecto de vida, la empatia. las fortaleza y las metas alcanzar	A M B X	A M B	A M B
7	Toma de decisiones	Se llevó una actividad denominada "Elige decide" orientada al uso adecuado del tiempo libre y la toma de decisiones. El adolescente realizó un listado de las actividades	A M B X	A M B	A M B
8			A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

Trabajo Social

DILEGENCIADO POR: _____ Nombre y Apellidos

Profesión: psicología

ACOMPAÑADO POR: Anbi García Nombre y Apellidos

Profesión: Trabajadora Social

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 2

Lugar: Cra 9 Nº 11-20 (Belen de Umbria).
Fecha: 17 JUNIO - 2025
Hora: 9:00 a.m

Personas citadas: Familia Gómez

Asistentes: Diego A Cruz
Santiago Gómez
Jackeline Gómez
Daniel Caicedo.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA

1. Socalizacion de actividades.
2. Realizacion de actividades.
3. Conclusion
4. Compromiso, agradecimiento y Cierre de Reunión

DESARROLLO

1. Se Socalizo las actividades a trabajar en el Segundo visita, tanto la psicologa como la trabajadora Social.

2. En la actividad a Realizar, se llevo a cabo Orientación Familiar con Referencia a. posible cambio de ambiente escolar.

- Con Santiago Se trabajo entrevista Semiestructurada. y El Semaforo del manejo de la toma de Decisiones.

tambien Se Orienta Sobre la necesidad de. tener un Equipo o Red de apoyo. para mejorar. Su nivel academico.

3. Conclusiones: Seguir trabajando la toma de decisiones
- la comunicación Asertiva.
- proyecto de vida.
- Manejo de emociones.

- Se observa una familia muy dispuesta en el proceso.

4. El equipo psicosocial agradece el compromiso como familia, se socializa la posible fecha para el mes de julio del 2025.

- la Reunión e intervención termina con agradecimiento de parte de la familia

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tercer visita para el mes de julio.
2. Se agenda con tiempo la visita para dar cumplimiento. Se informa por medio telefonico.

NOMBRE	FIRMA
Santiago Gomez A	Santiago A.
Jackeline Gomez A	Jackeline Gomez A.
Diego A Cruz	Diego A. Cruz.

Jackeline Gomez A.
FIRMA
Cargo

FIRMA ANGI Garcia
Cargo Trabajadora social
Elaboró Nancy Cardona, Psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 1ª Intervencia Familiar
FECHA: 17-Junio-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA								ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SP-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	111 378470	Santiago Gomez Amortegui	16	X												X											X		Cra 9 nº 11-20	3116397029	X		Santiago G.	X	<<
2	C.C	111378 720	Jackeline Gomez A	38		X											X											X		Cra 9 Nº 11-20	3117967979	X		Jackeline G.	X	
3	C.C	1087 488609	Diego Cruz	36	X												X											X		Cra 9º 11-20	3214973160	X		Diego Cruz	X	
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 3.

Lugar: Cra 9A _ N° 11- 20.
Fecha: 08-Julio-2025
Hora: 3:00 P.M

Personas citadas: Familia Gómez

Asistentes: Santiago Gómez / Angi Garcia.
Jackeline Gómez
Diego A Cruz.
Nancy Cardona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos - Socialización de la segunda Intervención
2. Realización de actividad.
3. Conclusiones y avances.
4. Compromiso y agradecimiento.

DESARROLLO

1. Se inicio con un saludo a la familia y sobe todo se agradece por la puntualidad y por cumplimiento a la fecha pactada.
- Se socializa la segunda Intervención

2. Dando continuidad a La Intervención, se sigue trabajando con Santiago la toma de Decisiones y la Orientación familiar sobre el acompañamiento en la Etapa de la adolescencia.
- Se trabaja desde el area psicologica y trabajo Social la comunicación asertiva ante el padrastro y Santiago

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN

3. En conclusión: Se evidencia en el taller y Orientación familia un acercamiento entre Santiago El Señor Diego - Ellos Expresa que también una de las formas de estar unos juntos es llevando al trabajo de Don Diego.
Se evidencio cambios muy significativos en la Actitud de Santiago en el proceso.

4. El equipo psicosocial agradece enormemente el compromiso de la familia
- De igual forma se informa al Señor Diego sobre la necesidad de tener un acercamiento unos abierto con Santiago.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita
2. Dar cumplimiento a la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
Santiago Gomez A	Santiago A.
Jackeline Gomez A	Jackeline. Gomez A.
Diego A Cruz	Diego A cruz.

FIRMA Jackeline. Gomez A.
Cargo Madre.

FIRMA Angi Garcia
Cargo Trabajadora Social-
Elaboró Psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona – Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 2ª Intervencion – Edutiva
FECHA: 3-julio-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1113 7854[illegible]	Santiago Gomez Montejui	16	X												X												X				X				<<
2	C.C	111378 720	Jackeline Gomez A			X											X												X				X					
3	C.C	1087 48860[illegible]	Diego Cruz		X												X												X				X					
4																																							
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Cra 9A N:-11-20
Fecha: 12-Agosto-2025
Hora: 9:00 a.M

Personas citadas: Familia Gómez

Asistentes: Santiago Gómez
Jackeline Gómez
Nancy Cardona.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo- Socialización de la tercera Intervención.
2. Realización de actividad.
3. Conclusión y avances.
4. -Agradecimientos

DESARROLLO

1. Nuevamente Se inicia la Reunión agradeciendo el compromiso como familia en este proceso.
- Se Socializa la tercera Intervención

2. Se continua trabajando con Santiago la toma de Decisiones y El descubrimiento de la fortalezas y debilidades, donde Se desarrolla la comprensión de los Recursos internos y externos que Santiago posee, con la Debilidades Se pretende disminuir el Riesgo y trabajar en las áreas q' generan mayor malestar.
- Se trabaja con la Familia desde el area Social. a través de la Dinamica de telaraña. Fortalezas Familiares.

3. Hay Reconocimiento de la fortalezas. como: Habilidades Sociales, Bueno para lo. deportes le encanta la parte Comercial (trabajar como Independiente)
- Debilidades: Disminuir el Riesgo en: Influencia de los amigos - Responsabilidad Académica - Manejo de la Ira.
→ Se evidencia Dificultades en el Reconocimiento de las Fortalezas Familiares

4. Conclusiones: Se evidencia mejor asertividad de Santiago en la intervención cuando se hace la Orientación se puede observar q' en la toma de desiciones y la Influencia de la amistades, viene mejorando. de Forma Significativa.

- compromiso Seguir trabajando las Redes Sociales-
- calidad de Relaciones - conciencia.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita.
2. Dar cumplimiento a la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
Jackeline Gomez X.	Jackeline Gomez X.
Santiago gomez X.	Santiago gomez X.

Jackeline Gomez X.
FIRMA
Cargo

FIRMA
Cargo Psicologa
Elaboró Angi Garcia.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona – Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 3: Intervencion Familiar
FECHA: 12-AGOSTO-2025.
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1113787 20	Jackelme Gomez			X												X										X			Cra 9ª 11-20.	3117964999	X		Jackelme Gomez	X	<<
2	T.I	1113 785470	Santiago Gomez.	16.	X													X										X			Cra 9 – Nº 11-20	3116397029	X		Santiagogomez	X	
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Cra 9A Nº 11-20
Fecha: 02 de Septiembre del 2025.
Hora: 2:00 .

Personas citadas: familia Gomez

Asistentes: Santiago Gomez
Jackeline Gomez
Nancy Cardona
Angi Garcia B.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos - Socialización de la 4ª intervención
2. Realización de actividad
3. Avances.
4. Conclusión

DESARROLLO

1. Se inicia la Reunión agradeciendo el compromiso como familia en este proceso
- se socializa la cuarta intervención

2. Se trabaja con Santiago nuevamente la toma de Decisiones y se le pregunta como va su Red de apoyo, de igual forma. Santiago Expresa que su vida en la Decisiones es una Batalla día a día.
- se inicia Orientación Vocacional y Proyecto de vida.
- con la Familia se Orienta Sobre la necesidad del Refuerzo positivo.

3. Avances: Con Santiago se vieron momentos buenos pero tambien de Desanimo por su malo habitos, Dr igual la familia si ne. que santiago a tratado de mejorar la. Relacion con los compañeros sin especial. los q' le aportan a su vida.

4. Conclusión: Seguir trabajando Proyecto de vida - Orientación Vocacional. y sobre todo. manejo de las emociones.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Estamos Perdiente de agendar proxima visita segun Directrices de Homeris.

2.

NOMBRE	FIRMA
Santiago gomez amortegui	
Jackeline Gomez Amortegui	Jackeline. G.A.

Jackeline G.
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia-
Cargo Trabajadora Social-
Elaboró
psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona – Angi García
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 4: Intervención Familiar
FECHA: 02 de sept. 2025.
MUNICIPIO/LUGAR: Belén Umbría

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1113788320	Jackeline Gomez			x							x															x				cra 9° 11-20	3172164499	x		Jackeline G.	x	<<
2	T.I	1113788520	Santiago Gomez	16	x											x													x				cra 9° 11-20	3116397029	x			x	
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 6.

Lugar: Cra 9A Nº 11-20.
Fecha: 28 de Octubre del 2025.
Hora: 3:00 pm.

Personas citadas: familia Gomez

Asistentes: Santiago Gomez
Jackeline Gomez
Nancy Cardona
Angi Lorena Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos-Socializacion de la Intervencion
2. Realizacion de Actividad.
3. Avances.
4. Conclusiones.

DESARROLLO
1. Nuevamente. Se inicia la intervencion con agradecimiento a la familia Gomez, por el compromiso en el proceso y en buscar estrategias para mejorar las debilidades familiares.
-Se Socializa la Intervención

2. Se Sigue trabajando con Santiago la autoestima, la toma de Decisiones y el tiempo libre.
-Se trabaja con la Familia y con el adolescente la necesidad de la Actividad extracurricular, y volver hacer Deporte para mejorar la calidad de vida.

3. Avances: la madre expresa que Santiago tiene mejor actitud a nivel academico y disciplinario en el colegio y casa. Su circulo de amigos es diferente y aporta mas al crecimiento de Santiago.

4. _ Seguir trabajando habitos Saludables
_ Actividad con Sentido..
_ Reforzar la autoeficacia
_ Establecer metas y Planificacion a corto, medio y largo Plazo

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda cita y se confirma de forma telefonica.
2. Buscar Actividades extracurricular.

NOMBRE	FIRMA
Santiago gomez arboleda	Santiago X
Jackeline Gomez X	Jackeline. G. A.

Jackeline G.
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia.
Cargo Trabajadora Social.
Elaboró Psicologa

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi García
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 5. Intervencia Farmacia
FECHA: 28 de Octubre del 2021
MUNICIPIO/LUGAR: Belen Umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA											ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1113738720	Jackeline Gomez			X								X															X			cra 9° 11-20	3117964949	X		Jackeline G.	X	<<
2	T.I	1113785320	Santiago Gomez	16	X											X													X			cra 9° 11-20	3117964949	X			X	
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

3431

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Cra 9na 11-20
Fecha: 26 de noviembre del 2025.
Hora: 2:00 pm.

Personas citadas: familia Gomez

Asistentes: Santiago Gomez
Jackeline Gomez
Nancy Cardona
Angi Garaa

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo - Socializacion de la intervencion
2. Realizacion de actividad
3. Avances
4. conclusiones.

DESARROLLO

1. Se da inicio con un grato saludo y agradecimiento a la familia Gomez por el compromiso y disposicion.
- Se socializa la intervencion y el objetivo.

2. Con El Joven se pregunta por su año academico y Expresa que le fue muy bien, la mama esta muy contenta.
Se comparte el cortometraje "El circo de la mariposa. donde se hace la siguiente Reflexiones: No Depender de como Otros me ven, sino como nosotros nos vemos, Buscar Redes de apoyo que Reciba mis Fortaleza y me. ayuden a Crecer - Sei de inspiracion para otros, tenne. Resiliencia -

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

3. Avance: La familia refiere que se evidencia un avance significativo, en su capacidad para tomar decisiones. logró identificar con mayor claridad las consecuencias de sus actos, reconocer alternativas antes de actuar y elegir opciones más favorables para su bienestar.

4. Para concluir, el adolescente mostró un progreso notable en su proceso de toma de decisiones, al demostrar mayor capacidad de reflexion.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Seguir trabajando Proyecto de vida.
2. Afianzar la Relación familiar

NOMBRE	FIRMA
Jackeline Gomez	
Santiago Gomez	
Diego Cruz.	Diego Cruz.

Diego Cruz.
FIRMA
Cargo

FIRMA Anbi García
Cargo Trabajadora Social
Elaboró
psicóloga.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi García - Wanda Cardona.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 6 Intervención Aplicar.
FECHA: 26 de Noviembre del 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belén de Umbría.

#	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) LGBTI DISCAPACIDAD	VICTIMAS	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	RECIBIDORES	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SESP	SALUD MENTAL ALCOHOL Y ADICCIONES	ASEGURAMIENTO EPSS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC.	1113788720	Jackeline Cabrera	38		X												X									X				Cra 9 # 11-20	3117964979	X				<<
2		1113788490	Santiago Cabrera	16	X													X									X				Cra 9 # 11-20	3117964979	X				
3		1087496609	Diego Cruz	36	X													X									X				Cra 9 # 11-20	3214573160	X		Diego Cruz.		
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

OBSERVACIONES:

3434

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA	

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Belén de Umbría, Fecha 29-MAYO-2025.

Yo, Jhonatan Alzate Cuna mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1087493180 actuando en nombre la familia: Marulanda Alzate, de la vereda Pinar del Rio; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3156202890

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Jhonatan Alzate Cuna

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Nancy Cardona-Angi Garcia

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

3435

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda Pinar del Rio
Fecha: 24-mayo-2025
Hora: 02:00 P.M

Personas citadas: Flia marulanda ahate.

Asistentes: Maria Jose marulanda
Juan Jose marulanda
Jhonatan Alzate luna.
Nancy Cardona
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA

1. Saludos y Presentacia.
2. Socializacia y Realizacian Ficha Familiar APS.
3. Observacian de posible problematica.
4. Cierre

DESARROLLO

1. la Reunión inicio con un Saludo institucional por parte de angi Garcia (trabajadora Social) Nany Cardona (psicologa) quienes agradecieron por la participacia familiar y se destaco la importancia del trabajo Intersitucional en el marco del plan de intervenaica Colectiva (PIC) Se hizo una breve contextualizacia del objetivo de la Reunia

2. Se llevó a cabo la Socializacia del plan de intervenaica colectiva, cuyo objetivo es Contribuir al mejoramiento de las condiciones de Salud mental de la poblacia mediante la implementacia de accia colectiva de promocia de la Salud y Prevencia Orientada al fortalecimiento de capacidads Individuales y colectivas al Desarollo del entorno Saludable

3. Durante la observación se percibe dificultades en las normas especial. como la madre, la cual se ausente.
- Falta de Disciplina academica
- Dificultades en normas y limites.

4. la Reunión concluyó Resaltando la importancia de continuar trabajando de manera articulada con el equipo psicosocial para acompañar las observaciones y expresiones del acudiente. Se busca promover la salud mental y el Desarrollo Integral de la familia

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Buena Disposición frente a la actividades y plan de trabajo
2. Buscar el fortalecimiento como equipo a nivel familiar.

NOMBRE	FIRMA
Maria Jose Mavlanda	Maria Jose Mavlanda
Juan Jose mavlanda	.Juan Jose
Jhonatan Alzate Luna.	Jhonatan Alzate Luna

Jhonatan Alzate Luna
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo Padrino Acudiente

Nancy Cardona-Angi Garcia
FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo psicologa - Trabajadora social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

3436

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada			
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		4	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		2	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	1	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7- Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO	NO		
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0		
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2: Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	2		
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1: Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

	Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI (2) NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI (2) NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI (2) NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Anoi Garcia
Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos
Profesión: psicóloga.

Firma del representante de la familia: Jhonatan Alzate Cuna

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: proceso de identificación - focalización, caracterización a las familias
FECHA: 29 de mayo del 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	TI	1087486461	Maria Jose Maruland	9		X											X												X			Vereda Pinar del rio	No tiene		X	Maria Jose	X	"
2	T.I	1085 818281	Juan Jose Marulanda	7	X												X												X			Vereda Pinar del rio	No tiene		X	Juan Jose	X	
3	C.C	1.087.493184	Jhonatan Alzate	28	X												X												X			Vereda Pinar del rio	3156202890		X	Jhonatan A.L.	X	
4	C.C	1063 854	Jhon Jairo M. R		X												X												X			Vereda Pinar del Rio	3145697121		X	JHonJairo	X	
5	C.C	1087a 03282	Cindy Lorena Cano		X												X												X			Vereda Pinar del Rio	3156963114		X	Cindy Lorena	X	
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 18/0/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Belén de Umbría	Vereda Pinar del Río	Vereda Pinar del Río	1

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	28	Junio	2023	V2	11	07	2025	V3	04	09	2025

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Angi García-Nancy Cardona	Angi García Nancy Cardona	Angi García-Nancy Cardona

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Jhonatan Alzate Luna	Jhonatan Alzate Luna	3156202890

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifico que en la evaluacion Psicosocial NO Comparten actividades para la union familiar y padres ausentes
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Necesidad del acompañamiento de las Figuras Materna y Paterna.
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Manejo de la emociones - Pensamientos Distorsionado.

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. A Medio. M Bajo. B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	-Padres Ausentes -Poco interes en cumplir normas establecidas en el hogar y escuela.	Orientacion a los padres sobre las Pautas de crianza. Sensibilizacion sobre el rol en el Proceso formativo de los niños.	X M B	A M B	A M B
2	Necesidad de acompañamiento de la figura materna y paterna	orientacion familiar sobre la importancia de estar Presente en la vida de las menores, para establecer normas y limites claras	X M B	A M B	A M B
3	Dificultades en la pautas de crianza	Arbol familiar, "caja de la crianza" identificar las dificultades mas comunes en las pautas de crianza y Promover alternativas de manejo Positivo	A X B	A M B	A M B
4	Refuerzo Positivo y manejo de emociones.	con los niños se desarrollo un espacio grupal donde cada uno eligio un compañero y le expreso una palabra Positiva.	X M B	A M B	A M B

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	• Padres ausentes • Dificultades en la pautas de Disciplina	Entrevista Semi-Estructurada a partir de Juego - Orientacion familiar sobre acompañamiento emocional y academico • Manejo de emociones	X M B	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	Necesidad del acompañamiento Familia - Disciplina	Se Orienta a la Familia especial. a la madre y el padre sobre la necesidad de vincularse. en el proceso a nivel emocional y academico.	A M B	A M B	A M B
3	- Manejo de la emociones - Autoestima.	- Registro de emociones y Pensamiento - Reestructuración Cognitiva - Identificación Pensamientos Distorsionado que identifica emociones negativas.	A M B	A M B	A M B
4	Refuerzo positivo. Manejo de emociones.	Se trabaja a través del cuento monstruo de colores. como diferencia las emociones y que hacer frente a la. Ira.	A M B	A M B	A M B
5	Refuerzo sobre la autoestima manejo de la impulsividad	trabajo a través de Dibujo Proyectivo Reconocimiento de Si misma - valorar las cualidades - Identificar los Pensamientos negativos	A M B	A M B	A M B
6	Manejo de emociones reconocimiento regulación emocional	Se trabaja a través de cuento. la modula invisible de tomas " donde te Refuerza: la necesidad del reconocimiento, la expresión y Regulación de emociones.	A M B	A M B	A M B
7	Necesidad de refuerzo de la autoestima	se realizó una actividad de retroalimentación positiva para fortalecer la autoestima y promover el reconocimiento de cualidades	A M B	A M B	A M B
8	Dificultades en la canalización de las emociones.	se desarrollo una actividad de reconocimiento emocional para fortalecer la expresión adecuada y el manejo saludable	A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILEGENCIADO POR: Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa.

ACOMPAÑADO POR: Ana Garcia B
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

12

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 2.

Lugar: Vereda Pinar del Rio
Fecha: 28 JUNIO - 2025
Hora: 10:00 am.

Personas citadas: familia Marulanda Alzate

Asistentes: Maria Jose Marulanda Cano
Juan Jose Marulanda Cano
Jhonatan Alzate Luna
Jhon Jairo Marulanda
Cindy Lorena Cano Luna

ORDEN DEL DÍA
1. Socializacion de actividads.
2. Realizacion de Actividad.
3. Conclusion
4. Compromiso, agradecimientos y Cierre de Reunión

DESARROLLO

1. Se Socializo las actividads a trabajar en la Segunda visita, tanto la psicologa como trabajadora Social
- Explicacion de la intervencion

2. En la actividad a Realizar se Oriento a la familia en especial a la figura. paterna Sobre la necesidad del acompañamiento emocional en los proceso de los. Infantes.
- Con Mª Jose Se trabajo a traves de la Figura proyectiva la Responsabilidad

3. Conclusión: la Familia se evidencio un compromiso por el proceso y acompañamiento Familia -
- Seguir trabajando con Maria jose, el manejo de las normas, la disciplina y Relaciones Sociales.

4. El equipo psicosocial agradece el compromiso correo familia, se socializa la posibilidad Fecha para el mes de julio.
- la Reunión e intervención termina con agradecimiento de park de la familia.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tener Visitas Para el mes de julio
2. Se agenda con tiempo la visita, se informa Por medio Telefonico.

NOMBRE	FIRMA
Maria Jose Maulanda	Maria Jose Maulanda
Juan Jose Maulanda	Juan Jose Maulanda
Jhonatan Alzate.	Jhonatan Alzate Cuna
dHon Jairo Maulanda	dHon Jairo Maulanda

Jhonatan
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia.
Cargo Trabajadora social.
Elaboró
Psicologa

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Ana García - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 1ra intervencion familiar
FECHA: 10:00 am
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria - V Pinar del Rio

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1087 493461	Maria Jose Marulanda	10		x											x											x			Vereda Pinar del Rio	No tiene		x	maria Jose	x	<<
2	T.I	1085 818281	Juan Jose Marulanda	7	x												x											x			Vereda Pinar del Rio	No tiene		x	Juan Jose	x	
3	C.C	1087 203184	Jhonatan Alzate	28	x												x											x			Vereda Pinar del Rio	3156202840		x	Jhonatan	x	
4	C.C	9763 854	Jhon Jairo M	52	x												x											x			Vereda Pinar del Rio	3145697121		x	Jhon Jairo	x	
5	C.C	1087 493282	Cindy lorena Cano	28		x											x											x			Vereda Pinar del Rio	3156463114			Cindy Lorena	x	
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda Pinar del Rio
Fecha: 11- Julio- 2025
Hora: 8:30 a.m

Personas citadas: familia marulanda Alzate

Asistentes: Maria Jose marulanda cano
Juan Jose marulanda cano
Jhonatan Alzate luna
Jhon Jairo marulanda
Cindy lorena cano luna

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo
2. Seguimiento al Primer acompañamiento
3. Acompañamiento emocional
4. Compromiso

DESARROLLO

1. Se dio una calurosa bienvenida y un Gran saludo a la familia, indagando y resaltando la importancia de su participacion en el Proceso de fortalecimiento familiar.

2. Se hizo un breve seguimiento al Primer encuentro, valorando los avances y disposicion Por Parte del Padre en Particular, Participando activamente en las dinamicas familiares.

3. Se desarrollo un espacio de dialogo reflexivo Donde se logro que las figura de apego. re la necesidad que los Padres Sigan el. acompañamiento del proceso
Avance: los padres biologico Se comprometen con el proceso.
4. El Equipo psicosocial agradece enormemente. el compromiso de la familia.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita.
2. Dar Cumplimiento a la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
Maria Jose Marulanda	Maria Jose Marulanda
Juan Jose Marulanda	Juan Jose Marulanda
Jhonatan Alzate	Jhonatan Alzate Luna
dHonJairo marulanda	dHonJairo marulanda

Jhonatan
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia -
Cargo Trabajadora social -
Elaboró
psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Anfa Garcia - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 2ª Intervencion Familiar
FECHA: 11 de julio.
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria - V Pinar del Rio

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	RECIBTORADOS	MIGRANTES	MAESTRO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1087 493 401	Maria Jose Marulanda	10		X											X												X				X				X	
2	T.I	1085 818 281	Juan Jose Marulanda	7	X												X												X				X				X	
3	C.C	1087 493 184	Jhonatan Alzate	28	X												X												X				X				X	
4	CC	9763 854	Jhon Jairo Marulan	52	X												X												X				X				X	
5	C.C	1087493 282	Cindy Lorena Canol	28		X											X												X				X				X	
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda Pinar del Rio
Fecha: 11-AGOSTO-2025
Hora: 8.00 a.m

Personas citadas: Familia Manulanda Alzate.

Asistentes: Mana Jose Manulanda Cano.
Juan Jose manulanda Cano.
Jhonatan Alzate Tana.
Cindy lorena Cano Tana.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo. Socialización dela tercera Intervención
2. Realización de Actividad.
3. Avances.
4. Conducción

DESARROLLO

1. Se inicia con un saludo y agradecimiento A la familia por el compromiso en la Intervención.
Se Socializa la tercer intervención y el proposito de ella.

2. "El Arbol de la familia" con el fin de fortalecer la integracion familiar, el reconocimiento de las cualidades de cada integrante y la construcción de una identidad positiva compartida.

3. Avance: la mamá Expresa que María José Es un poco Contestona - tiene dificultades en la Relación con la mamá.

4. Se realizó la actividad del árbol de la familia, en la cual cada integrante participó activamente. En primer lugar, se resaltaron las cualidades individuales, lo que permitió reconocer fortalezas personales. como la responsabilidad, respeto solaridad entre otras

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda con anticipación próxima visita
2. Dar Cumplimiento A la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
Cindy lorena cano luna	lorena cano luna
Maria Jose Marulanda cano	Maria Jose Marulanda cano
Juan Jose marulanda cano	Juan Jose marulanda cano
*Jhonaton Alzate Cuna	Jhonaton Alzate Cuna

*Jhonaton Alzate Cuna
FIRMA
Cargo

FIRMA
Cargo psicologa.
Elaboró Angi Garcia
Trabajadora Social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 3ª Intervención Pacifica.
FECHA: 11-AGOSTO-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda Pinar del Rio.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1067493461	Maria jose Maraland	10		x											x									x							x		x		<<
2	T.I	1088618281.	Juan Jose Maraland	7	x												x									x							x		x		
3	cc.	1087493184	Jhonathan Abaka	28	x												x									x							x		x		
4	cc.	1087493282	Cindy Lorena Cano.	28		x											x									x							x		x		
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

(12) 3446

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda Pinar del Rio
Fecha: 04- Septiembre de 2025
Hora: 9:00 a.m

Personas citadas: familia marulanda Alzate

Asistentes: Maria Jose marulanda cano
Juan Jose marulanda cano
Cinoly lorena cano luna
Nancy cardona- Ange Garcia.

ORDEN DEL DÍA

1. Bienvenida y apertura del encuentro.
2. Reconocimiento de emociones actuales en el entorno familiar.
3. Identificacion de acciones de refuerzo positivo.
4. Proyeccion de nuevas estrategias para fortalecer la convivencia.

DESARROLLO

1. Se inicio la sesion con un saludo cordial, resaltando la continuidad del proceso, y valorando el compromiso que la familia ha mantenido hasta el momento.

2. Se intito a los integrantes a expresar como se han sentido en los ultimos dias frente a las situaciones cotidianas. Se mencionaron emociones como ira, tristeza y alegria, lo cual permitió identificar avances y aspectos por reforzar en la regulacion emocional.

3. A partir de lo compartido, se realizó una retroalimentación sobre las estrategias de refuerzo positivo que ya han sido puestas en práctica.

4. Teniendo en cuenta lo anterior, se propusieron nuevas acciones orientadas al fortalecimiento emocional y relacional, reafirmando la importancia de mantener una comunicación respetuoso y motivadora

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Hablar con calma antes de reaccionar.
2. Felicitar a los menores al menos una accion positiva al dia

NOMBRE	FIRMA
cindy lorena cano l.	lorena l.
Juan jose marulanda	Juan Jose marulanda m
maria jose Marulanda	Maria Jose Marulanda

FIRMA cindy lorena cano l
Cargo

FIRMA
Cargo Tiabajadora Social-
Elaboró psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 4ª intervencion familiar
FECHA: 04 septiembre - 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria / vereda Pinar del Rio.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)															PROGRAMA												ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	S.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SFI-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS							U	R		SI	NO
1	T.I	1087 923461	Maria Jose Marulanda	10	X											X												X					Vereda Pinar del rio	3156463114		X	Maria Jose M.	X	<<
2	T.I	1088 818781	Juan Jose Marulanda	7	X											X												X					Vereda Pinar del Rio	3156463114		X	Lorena L.	X	
3	C.C	1087 403 282	Cindy Lorena Cano	28	X								X														X					Vereda Pinar del Rio	3156463114		X	+ Juan Jose	X	
4																																									
5																																									
6																																									
7																																									
8																																									
9																																									
10																																									

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.6

Lugar: Vereda Pinar del Río
Fecha: 25 de Octubre del 2025
Hora: 2:00 pm

Personas citadas: Familia Manulanda Alzate

Asistentes: Maria jose Manulanda Cano
Juan jose Manulanda Cano
Cindy Lorena Cano Luna.
Nandy Cardona.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos, Socialización de actividad.
2. Realización de actividad.
3. Avances
4. Conclusiones.

DESARROLLO

1. Nueva|. Se inicia la Reunion con agradecimiento A la familia manulanda Alzate x el compromiso en el proceso y buscar el avance en la. Debilidades Familiare.
- Se Socializa La Intervención

2. Se Sigue trabajando autoestima con Maria josé- a pesar que colegio quedo de Nº 1. Expresa que no es buena para muchas cosas - Se hace la actividad a través de Dibujo proyectivo la figura humana el Reconocimiento a misma, valorar las Cualidades. y Identificar los pensamientos Negativos.

3. Avances: la usuaria expresa. que María José. Mejoro mucho en el colegio la Responsabilidad - Quedo en el puesto Nº 4, que esta, muy contenta y agradecida con el proceso.

4. - Seguir trabajando Autoestima.
- Comunicación positiva de parte de la usuaria.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda visita para el mes de noviembre. Se confirma de forma telefonica un dia antes.
2. —

NOMBRE	FIRMA
cindy lorena cano lona	lorena lona
Juan José Marulanda	Juan José marulanda m
maria José Marulanda	Maria José Marulanda

FIRMA cindy lorena cano l.
Cargo

FIRMA Angi García-
Cargo Trabajadora Social-
Elaboró
psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Camacho - Nancy Cardona.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 5. Intervencion familiar
FECHA: 25 de Octubre del 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda el Pinar - Belen Umbria.

No	TIP DOC.	NT. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA											ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.T	1087493461	Maria Jose Marulanda	10												X											X					Vereda Pinar del Rio	3156463114		X	Maria Jose M.	X	<<
2	CC	1087493282	Cindy Lorena Cano	28										X													X					Vereda Pinar del Rio	3156463114		X	Lorena C.	X	
3	T.T	1087818281	Juan Jose Maruland	7												X											X					Vereda Pinar del Rio	3156463114		X	Juan Jose M.	X	
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 6

Lugar: Vereda Pinar del Rio
Fecha: 05-11-2025
Hora: 2:00 Pm

Personas citadas: familia marulanda Alzate

Asistentes: Maria Jose Marulanda cano
Juan Jose Marulanda cano
Jhondfan Alzate Luna
Cindy lorena cano

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo
2. Socialización de la actividad.
3. conclusión
4. cierre

DESARROLLO

1. Se dio inicio al encuentro, con un saludo cordial a la familia, agradeciendo su disposición y apertura para participar en el proceso de acompañamiento.

2. Luego se presentó la metáfora de "la mochila invisible", explicando que todas las personas, sin importar la edad, llevamos una mochila que no se ve, pero contiene emociones, preocupaciones, pensamientos y experiencias que influyen en nuestro comportamiento diario.

3. Se concluye que la familia mostro demasiada disposicion ya que el manejo emocional ha sido una de las dificultades en el entorno familiar. quedan con un gran aprendizaje para canalizar sus emociones.

4. Teniendo en cuenta que esta es la ultima intervencion familiar, se realizó un cierre agradeciendo el compromiso demostrado a lo largo del proceso. Se invitó a la familia a continuar utilizando las herramientas trabajadas.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Seguir fortaleciendo los vinculos familiares
2. Practicar estrategias en momentos de crisis.

NOMBRE	FIRMA
Maria Jose Marulanda Cano	Maria Jose Marulanda Cano
Juan Jose Marulanda Cano	Juan Jose Marulanda Cano
Jhonatan Alzate Luna	Jhonatan Alzate Luna

FIRMA
Cargo Jhonatan Alzate

FIRMA Anbi Garcia
Cargo Trabajadora Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

HOMERIS

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA:
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Angi Garcia - Nancy Cardona
6ª intervencion familiar
FECHA: 05-11-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda Pinar del Rio

No	TIPO DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINSERTADOS	MIGRANTES	VENEZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO EPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	T.I	1087213460	Maria Jose Narvaeda	10	x												x										x				Vereda Pinar del Rio	3156463114		x	maria Jose	v	<<
2	T.I	1088818281	Juan Jose Narvaeda	7	x												x										x				Vereda Pinar del Rio	3156463114		x	Juan Jose	x	
3	C.C	1087993184	Jhonatan Alzate	28	x												x										x				Vereda Pinar del Rio	3156463114	y	x	Jhonatan Alzate	v	
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

HOMERIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de Umbría, Fecha 29 de mayo del 2025 — 9:00 am Sabado

Yo, Gabriela Luna T mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 24789644 actuando en nombre la familia: Frank nicolas espinal, de la vereda Vereda Pinar del Rio; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3174865779

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Gabriela

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Nancy Cardona – Anoi Garcia

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda Pinar del Rio
Fecha: 29 de mayo del 2025.
Hora: 9:00 am.

Personas citadas: Espinal Saldarriaga.

Asistentes: Frank Nicolas Espinal
Gabriela luna Saldarriaga
Angi Garaa
Nancy Cardona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos y Presentación
2. Socialización y Realización Ficha familiar APS.
3. Observación de posible problemática
4. Cierre.

DESARROLLO la Reunión Inicio con un saludo Institucional. Por parte de Angi Garaa (Trabajadora Social) Nancy Cardona (psicóloga) quienes agradecieron por la participación familiar y se destacó la importancia del trabajo interinstitucional en el marco del plan de intervención Colectiva (PIC) se hizo una breve contextualización del objetivo de la Reunión

2. Se llevo a cabo la socialización del plan de intervención colectiva, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud mental de la población mediante la implementación de acción colectiva de promoción de la salud y Prevención Orientada al Fortalecimiento de Capacidades Individuales y Colectivas al Desarrollo del entorno Saludable.

3. Durante la Observacion se Percibe dificultads en las normas especial/ en el colegio

4. la Reunion conduyo Resaltando la importancia de continuar trabajando de manera articulada con el equipo psicosocial Para acompañar las observacions y expresiones de la situacion por la madre. Se busca promover la salud mental y el Desarollo Integral de la Familia.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Buena Disposicion Frente a la actividad o plan de trabajo!
2. Buscar el Fortaleamiento como equipo. a Nivel Familiar.

NOMBRE	FIRMA
Frank Nicolas	Nicolás Cruz
Gabriela Luna S	Gabriela

Gabriela Luna S
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo

Nancy Caidara-Arboleda
FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Psicologa. Trabajo Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

3454

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada			
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		2	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	3	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO	NO	-	
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	Si		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	Si		
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	Si		
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO	Si		
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO	Si		
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO	Si		
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6:otros.		6	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1: Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

3455

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio-cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

	Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0
	Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0
	Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Anbi Garcia
Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Nancy Cardona.
Profesión: psicologa.

Firma del representante de la familia: Gabriela Luna S

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: proceso de Identificacion - Focalizacion, Caracterizacion a las familias.
FECHA: 29 de mayo del 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda Pinar del Rio.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	TI	1088284344	Frank Nicolas Espinal	16	X												X									X					Pinar del Rio	3127839934		X	Nicolas Cruz	Si	«
2	CC	24789644	Gabriela Luna Saldamarga	56		X								X												X					Pinar del Rio	3174865779		Y	Gabriela	X	
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

.345

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 18/0/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Belen Umbria	Vereda Pinar del R	vereda Pinar del R.	1.

	DIA	MES	AÑO
V1	26	06	2025
V2	02	07	2025.
V3	05	Agosto	2025

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Nancy Cardona-Angi Garcia	Angi Garcia - Nancy C.	Angi Garcia-Nancy Cardona.

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Gabriela Luna Saldarriaga.	Gabriela Luna S.	3174865779.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifica al la evolucion el Problema. Problema antecedente Abuso - Manejo de la Pauta de Disciplina y Sometimiento a la autoridad.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Dificultades en la toma de Decisiones, en el Seguimiento de la norma.
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se trabaja Psicoeducacion - Reestructuracion Cognitiva.

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. A Medio. M Bajo. B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Fortalecimiento de los lazos de confianza - Comunicacion	Se trabajo con la familia sobre la empatia, la Presencia constante Comunicacion mas desde la escucha que desde el juicio.	X A M B	A M B	A M B
2	Dificultad en la toma de decisiones y Pautas de crianza	Se trabajó con la familia sobre la importancia de la toma de decisiones y establecer normas claras.	X A M B	A M B	A M B
3	Consumo de Vapper. Acompañamiento vocacional.	Sencibilizar al adolescente sobre los riesgo sobre los riesgos del consumo, vocacional, Promoviendo habitos saludables y actividades recreativas.	X A M B	A M B	A M B
4	Duelo por Perdida de la figura Paterna.	Se oriento a la familia sobre el Proceso de duelo, normalizando las emociones y explicando las fases por las que Pueden pasar	X A M B	A M B	A M B

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	- Sometimiento A la Autoridad - Consumo de vaper y Otros. - Poca Disciplina Academica y Fliar.	Orientacion Psicoeducativa sobre el. pautas y norma de Disciplina. - Entrevista Semiestructurada sobre. entender su perspectiva. Identificacion de norma.	X A M B	A M B	A M B

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	Dificultad en la toma de decisiones Seguimiento de la norma.	Se trabaja con la toma de Decisiones a través de actividad el semaforo. - Reflexión sobre la necesidad del tener un proyecto de vida clara.	A M B	A M B	A M B
3	- Consumo de vaper - Falta de Acompañamiento Vocacion.	- Psicoeducación: Riesgo Reales del vaper. - Identificación de disparadores. - Reestructuración Cognitivas - Orientación Vocacional.	A M B	A M B	A M B
4	Se trabaja con Frank Etapas de Duelo.	Se Orienta a Frank sobre la necesidades de expresar la emociones. en medio del duelo - Se socializa Etapa de Duelo - Carta de despedida.	A M B	A M B	A M B
5	Dificultad. para expresar el Dolor y las emociones.	Fortalecer e Identificación de la expresión y canalización adecuada del dolor emocional. - trabajo de la Resiliencia.	A M B	A M B	A M B
6	Proyecto de vida y sentido de vida.	Se trabaja a través del cortometraje la importancia de tener sentido de vida y ampliar la. Red de apoyo. - Se define posibles carrera para estudiar	A M B	A M B	A M B
7	Proyecto de vida.	Se desarrollo una actividad de reflexion guiada para identificar intereses, metas y aspectos que dan sentido a su vida	A M B	A M B	A M B
8	Expresion emocional limitada.	Se realizó una actividad de dialogo emocional para favorecer la expresion y el reconocimiento de las emociones	A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILEGENCIADO POR: _____ Nombre y Apellidos
Profesión: psicologa.

ACOMPAÑADO POR: Angi Garcia B Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 2

Lugar: Vereda Pinar del Rio
Fecha: 26-Junio-2025
Hora: 10:00 a.m

Personas citadas: familia Espinal Saldarriaga

Asistentes: frank Espinal
Gabriela Luna Saldarriaga
Valeria M Cruz
Nancy Cardona
Angi Garcia B

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo y bienvenida
2. Socialización del objetivo
3. Realización de actividades
4. Conclusión y compromisos.

DESARROLLO

1. Se da inicio con un caluroso saludo a la familia y se agradecer por la disposición, generando ambiente de confianza y respeto.

2. Dando continuidad, se les explica el Proposito de la Sesion, indicando que la Psicologa trabajaria Proyecto de vida y la estrategia del semaforo de decisiones, mientras que la Trabajadora Social realiza una actividad para trabajar con la familia que contribuya al fortalecimiento de los lazos de confianza y evitar todo tipo de riesgo con el adolescente.

3. Se Procede a Realizar la actividad ya Programada Por Parte de la Psicologa "la toma de decisiones" y Proyecto de vida, y aplico semaforo de decisiones" para identificar comportamientos positivos, de riesgo y a modificar la trabajadora social converso sobre la importancia del rol familiar, y Propuso construir una actividad familiar orientada al fortalecimiento de vinculos.

4. El adolescente se comprometio a mejorar sus actitudes. la psicologa dará continuidad al trabajo emocional y la Trabajadora social coordinara la actividad familiar para la Proxima sesion.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Participar en las actividades Programadas Por las Profesional
2. la familia se compromete al acompañamiento de adolescente

NOMBRE	FIRMA
Gabriela Luna S	Gabriela
Valeria Cruz	Valeria Cruz
o Nicolás Cruz	o Nicolas Cruz

Gabriela Luna S
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi García
Cargo Trabajadora Social.
Elaboró
Psicologa

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 1ra Intervencion familiar
FECHA: 26-Junio-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda Pinar del Rio

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SIF-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1088284341	Frank Nicolas Espinal	16	X												X											X				Vereda Pinar del Rio	3127939934		X	Nicolas Cruz	X	<<
2	CC	24780164a	Gabriela Luna Soldevi	56		X											X											X				Vereda Pinar del Rio	3174865779		X	Gabriela	X	
3	C.E	1088[illegible]50	Valeria M. Cruz			X											X											X				Vereda Pinar del Rio	3042319449		X	Valeria Cruz	X	
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 3

Lugar: Vereda Pinar del Rio
Fecha: 02-JULIO 2025
Hora: 9:00 a.m

Personas citadas: Familia Saldarriaga.

Asistentes: Frank Nicolas Espinal.
Gabriela luna Saldarriaga.
Angi Garcia
Nancy Cardona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos, Socializacion del Segundo encuentro de Intervencion.
2. Realizacion de Actividad.
3. Conclusion y avances.
4. Compromiso-agradecimientos y cierre.

DESARROLLO

1. Se inicia con un Saludo a la familia y. Sobre todo agradecimiento por la puntualidad. y Dar cumplimiento a la Fecha Pactada. Se socializa la Segunda intervencion

2. En la Realizacion de la actividad, Se continua. Con el trabajo de la torre de Decisiones Proyecto de vida, Orientacion Vocacional,. Pe igual Forma Se Orienta a la. Familia Sobre la necesidad de acompañar mas a Nicolas en el proceso academico. sin importar la edad.
la trabajadora Social Se vincula en la actividad de Fortalecer lazos de confianza.

3. Conclusión: Se evidencio una cercanía de parte de la familia en el proceso.
- la señora Gabriela Expresa q' Nicolas viene manejando algunos comportamiento tanto en casa como en la Institución academica.
- Se arranza significativa en la toma de Decisión y Orientación Vocacional.

4. El Equipo psicosocial agradece el compromiso de la familia.

- De igual forma Se recomienda valeria Cruz. hermana de Nicolas, estar pendiente de enviar cuestionarios para la Orientación Vocacional.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita, se informara. Por medio telefonico - Dar cumplimiento a la cita pactada.
2. Elaborar tareas para el proximo encuentro.

NOMBRE	FIRMA
Gabriela Luna S	Gabriela Luna S
Valeria Cruz	Valeria Cruz
Nicolás Cruz	Nicolás Cruz

Gabriela Luna S
FIRMA
Cargo

FIRMA
Cargo Psicologa
Elaboró Angi Garcia

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Ang. Garcia- Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 29 Intervencion Familiar
FECHA: 02-Julio-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda Pinar del Rio-Belen de Umbria.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1088284341	Frank Nicolas Espinal	16	x												x												x			Vereda Pinar del Rio	3127939934		x	Nicolas Cruz.	x	<<
2	C.C	1088278016	Gabriela Luna Salazar	56		x											x												x			Vereda Pinar del Rio	3174865770		x	Gabriela	x	
3	C.E	1088257060	Valeria M Cruz.	19		x											x											x				Vereda Pinar del R.	3042319449		x	Valeria Cruz	x.	
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 4

Lugar: Vereda Pinar del Rio
Fecha: 05- AGOSTO-2025
Hora: 4:00 P.M

Personas citadas: Familia Saldarriaga.

Asistentes: Frank Nicolas Espinal
Gabriela luna Saldarriaga.
Angi Garcia
Nancy Cardona.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos, Socialización del tercer encuentro de Intervención
2. Realización de Actividad.
3. Avances.
4. Conclusión.

DESARROLLO

1. Se Inicia con un Saludo a la familia y. agradecimiento por el compromiso con. la Intervención.
. Se Socializa la tercera intervención

2. Se inicia trabajando con Frank, sobre el. Riesgo al consumo de Vaper, Identificación de Situación que genere el consumo.
- Se inicia Orientación Vocacional - Cuestionario Chaside.
- De igual Se dirige. Orientación sobre. Manejar el Duelo (Perdida de la figura. Paterna.

3. Avances: Se evidencia una actitud muy positiva de Park de Nicolas Frenk al proceso. Y
- El acompañamiento familiar es muy asertivo en este proceso.

4. Se sigue trabajando con Frank nicolas Manejo de Duelo por la Perdida de su Figura Paterna y Orientacion Vocacional.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo la visita, se informara por medio telefonico.
2. Dar cumplimiento a la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
Gabriela Luna S	Gabriela Luna S
Nicolás Cruz	Nicolás Cruz
Valeria Cruz	Valeria Cruz

Gabriela Luna S
FIRMA
Cargo

FIRMA
Cargo Psicologa
Elaboró Angi Garcia, Trabajo Social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi García — Nanal Cardona.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 3: Intervención familiar.
FECHA: 05 de agosto del 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda Pinar del Río.

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1088284341	Frank Nicolas Espinal.	16.	X												X										X					3127939934		X	Nicolás Cruz	X	<<
2	C.C	24789644	Gabriela Luna S.	56		X											X										X				Vereda Pinar del Río	3174865779		X	Gabriela Luna S	X	
3	C.C.	1088257060	Valeria M. Cruz	19.		X											X										X				Vereda Pinar del Río	3042315449.		X	Valeria Cruz	X	
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

3464

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda Pinar del Rio.
Fecha: 16 de Septiembre del 2025.
Hora: 2:00.

Personas citadas: Frank Nicolas Espinal. - Valeria Cruz.
Gabriela Tuna Saldarriaga.
Nancy Cardona.

Asistentes: Angi Garcia
Familia Saldarriaga.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos, Socialización del 4: Intervención familiar.
2. Realizacion de actividad.
3. Avances.
4. Conclusion

DESARROLLO

1. Se inicia la Reunión con un Saludo especial a la familia y se le agradece por el cumplimiento durante este tiempo de intervención.
Se Socializa proposito de la Intervención

2. Se inicia Intervención de Forma Individual y grupal, trabajando en especial con Frank, por el fallecimiento de la hermana del padre. la necesidad de expresar el Dolor, De igual forma Se Socializa las etapa de Duelo y se procede hacer un ejercicio de la carta de despedida.

3. Avances: Se evidencia buenos - Resultado en especial la actitud de Frank, sobre el proceso, A nivel Academico, que fue la Reunión Inicial de la Institución Se evidencia buenos Resultados.
- Frank se encuentra muy afectado por el Fallecimiento del padre.

4. Seguir acompañando a la Familia en este Proceso de Duelo.
- seguir con el acompañamiento de Duelo en especial Frank y su hermana.
- continuar con el Proceso de Orientación Vocacional.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Estamos Pendiente de agendar proxima visita Segun Diretrices de Homeris.
2.

NOMBRE	FIRMA
Gabriela Luna Saldarriaga	Gabriela Luna S
Nicolas Cruz	Nicolás Cruz
Valeria Cruz	Valeria Cruz

FIRMA Gabriela Luna S
Cargo

FIRMA Angi Lorena -
Cargo Trabaj. Social -
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi García - Nancy Cardona

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Intervención Familiar

FECHA: 16 septiembre del 2025

MUNICIPIO/LUGAR: Vereda Pinar del Río

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1247896449	Gabriela Luna	56	X									X													X						3127939934		X	Gabriela L	X	<<
2	T.I	1088249341	Frank Nicolas Cruz	16	X											X											X						3174865771		X	Nicolas C	X	
3	C.C	1088257060	Valeria Cruz	19		X										X											X						3042315449		X	Valeria Cruz	X	
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

34166

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda el Pinar del Rio
Fecha: 25 de Octubre del 2025.
Hora: 9:00 am.

Personas citadas: Familia Saldamaga.

Asistentes: Frank nicolas Espinal.
Gabriela luna Saldamaga.
Nancy Cardona.
Angi Garcia
Valeria Cruz.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos. Socialización de la intervención
2. Realización de la actividad.
3. Avances.
4. Conclusiones

DESARROLLO

1. Nuevo. Se inicia la reunion con agradecimiento. a la Familia Saldamaga por el compromiso en el proceso y buscar cada día el Bienestar de la Familia.

Se Socializa la Intervención

2. Se inicia la intervención fortaleciendo el identificando las emociones y canalización adecuada del dolor emocional.
Trabajo tema de Resiliencia y Proyecto de vida.

3. Avances: La madre expresa que estamos agradecidos con el proceso, que en el colegio su actitud. Cambio notable, y en casa cada día es mejor.

4. Seguir trabajando reconocimiento de las emociones. Orientación Vocacional.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda la visita para el mes de noviembre. Se confirma un día antes por medio telefónico.
2. Se Debe Seguir acompañando Frank. en medio del Duelo.

NOMBRE	FIRMA
Gabriela A Luna Saldarriaga.	Gabriela Luna S
Frank Nicolas Espinal Cruz	Nicolás Cruz
Valeria Espinal Cruz.	Valeria Cruz

FIRMA Gabriela Luna S
Cargo

FIRMA
Cargo Psicóloga.
Elaboró Angi Garcia

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

3467

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Ana Garcia.- Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 5. Intervencion Familiar.
FECHA: 21 de Octubre del 2023
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda Pinar del Rio

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA											ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REFUGIADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS						U	R		SI	NO
1	CC	24789644	Gabriela Luna S	56		X							X														X					Vereda Pinar del Rio	3127939934		X	Gabriela L	X	<<
2	T.I	1088284341	Frank Nicolas C	16	X											X											X					Vereda Pinar del Rio	3174865779		X	Nicolas C	X	
3	CC	1088257060	Valeria Cruz	19		X										X											X					Vereda Pinar del Rio	3042315449		X	Valeria Cruz	X	
4																																									
5																																									
6																																									
7																																									
8																																									
9																																									
10																																									

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Vereda el Pinar del Rio.
Fecha: 22 de noviembre del 2025.
Hora: 10:00 Am.

Personas citadas: Familia Saldamaga.

Asistentes: Frank nicolas Espinal.
Gabriela luna Saldamiaga.
Valeria Cruz.
Nancy Cardona.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos Socializacion de la Intervención
2. Realizacion de la actividad.
3. Avances.
4. Conclusiones.

DESARROLLO

1. Nueva!. Se inicia la Reunión agradeciendo a la. Familia por permitirnos ser parte del proceso. de Frank y de ellos como Familia.

Se Socializa la intervención

2. Se Realiza con Frank un momento de Reflexión con Referencia al inicio del proceso - de igual Forma. SES trabaja a traves un carbometale "El circo de la. mariposa donde. Se hace la siguiente Reflexión: NO Depender Otros me ve, Sino como me valoro "yo"
- Buscar Redes de apoyo que Fortalezca. mis emociones y Sean un apoyo de crecimiento.
la necesidad de ser empatico.

3. Avances: Se evidencia identificar mayor claridad para la toma de decisiones.
- tiene un punto de partida sobre Referencia a su Orientación Vocacional.
- la Red de apoyo familiar es cada día mas asertiva.

4. Para concluir el adolescente mostró un Progreso notable en su proceso de acompañamiento. Como: la toma de decisiones.
- El manejo de la emociones
- la Responsabilidad academica.
- El Respeto por la autoridad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Seguir trabajando proyecto de vida.
2. Seguir afianzando la Relación Familiar.

NOMBRE	FIRMA
Gabriela A. luna Saldarriaga	Gabriela Luna S
Frank nicolas Espanal Cruz	Nicolás Cruz
Valeria Espanal Cruz.	Valeria Cruz

FIRMA Gabriela Luna S
Cargo

FIRMA
Cargo psicóloga.

Elaboró Angi Galeria Trabajadora Social

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 6. Enfermeria familiar
FECHA: 22 de noviembre del 2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria.

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	24789 694	Gabriela Lunas	56	X								X													X					Vereda Pinar del R	3127939934		X	- Gabriela Lunas		
2	T.I	1088 47341	Frank nicolas F	16	X												Y									X					Vereda Pinar de R.	3148865779		X	- Nicolás Lunas		
3	C.C	1088825 3060	Valeria Cruz	19		X											Y									X					Vereda Pinar del R	3042315940		X	Valeria Cruz		
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				

OBSERVACIONES:

HOMERIS E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de Umbría, Fecha 31-mayo-2025

Yo, Danilo Antonio Moreno Quiroz mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1082946423 actuando en nombre la familia: Moreno Ríos, de la vereda Belen de Umbria; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3206755623 - 3187870150

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Danilo Antonio Moreno Quiroz

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Ambi Galicia – Daniel Cardona.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: Maria Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: C113 #11-41
Fecha: 31-MAYO-2025
Hora: 9:00.a.m

Personas citadas: Familia Moreno Flores.

Asistentes: Danilo Antonio Moreno
Claudia Quiroz
Dilan Felipe Moreno (Edad 4año).
Nancy Cardona
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo y Presentacion
2. Socializacion y Realizacion ficha familiar APS.
3. Indagacion de posible Problematica.
4. Cierre

DESARROLLO

1. la Reunión Inicio Con el Saludo institucional por parte. de Angie Garcia (trabajadora social) Nancy Cardona (psicologa) quien agradecieron por la participacion de la familia y Se destaco la importancia del trabajo interinstitucional en el marco del Plan de Intervenciones colectivas (PIC), se hizo una breve Contextualizacion de los objetivos de la Reunion.

2. Se llevó a cabo la Socializacion del plan de Intervencion Colectivos, cuyo objetivo es Contribuir al mejoramiento de la condiciones de Salud de la poblacion mediante la implementacion, de accion colectiva de promocion de la Salud y Prevencion, Orientada al fortalecimiento de Capacidades Individuales y colectivo al Desarrollo del entornos Saludables.

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

3. Durante la reunión se observo alguna. Dificultad en la pautas y normas de Disciplina.

4. la Reunion concluyo Resaltando la importancia de Continuar trabajando de manera articulada. Con el Equipo Psicosocial para mejorar las pautas y normas de Disciplina, buscado Siempre. Promover la Salud mental y el Desarrollo Integral de la familia

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Buena Disposicion Frente a las actividades.
2. Buscar el fortalecimiento como Equipo a Nivel Familiar.

NOMBRE	FIRMA
• Danilo Antonio Moreno O.	
Beatriz Ocoro Rodriguez	

FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo

Nancy Cardona - Angi Garcia
FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Psicologa - Trabajo Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

Scanned with CamScanner

3473

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal (2.) Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		2	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		4	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión (3.) Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI (2.) NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar (6.) Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces (3.) Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	3	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4-Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos (7.) Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0		
	La relacion famliar es?	(1.) Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces (3.) Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	(1.) Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo fisico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI (2.) NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI (2.) NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

Scanned with CamScanner

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union familiar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO	NO		
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	1		
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

Scanned with CamScanner

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Scanned with CamScanner

	Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vez al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Anel Garcia
Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Nancy Cardona
Profesión: Psicologa.

Firma del representante de la familia:

OTRAS OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

3477

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Vandy Cardona - Angi Garcia.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de Identificación focalizacion y Caracterización a la Familia

FECHA:

MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria.

#	TIP DOC.	NO. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	INTER	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RACIALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	DESMOVILIZADOS	MIGRANTES	HABITAD	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SS-SO	SALUD VISUAL, ESCOLAR Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1087946423	Danila Marcano	33	X												X													X				3206955623	X			X	<<
2	CC	77198234	Alexandra Arias J	61		X											X													X				3157778440	X			X	
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

Scanned with CamScanner

HOMERIS E.S.E. Hospital Mental	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de Umbría, Fecha 22 de mayo del 2025

Yo, Diana Marcela Gallón Giraldo mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número TI 552177 actuando en nombre la familia: Gallón Giraldo, de la vereda Calle 26 bis #14-21 Mocatán; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3116137024 - 3105583799

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Diana Marcela Gallón Giraldo

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Nancy J. Cardona - Ana I Garcia

Servientue

- Bipolar —
- El temperamento
- agresivo -
- Ansiedad →
- Vaper →

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 1

Lugar: Belen de Umbría
Fecha: 22 de mayo del 2025.
Hora: 10:00 am.

Personas citadas: Gallon Gonaldo.

Asistentes: Miguel Gallon Gonaldo.
Diana Gallon
Nancy cardona
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos y Reventación
2. Socializacion y Realizacion Ficha familia APS.
3. Indagacion de posibles problematica.
4. Cierre

DESARROLLO

1. la Reunion Inicio con el Saludo Institucional Por parte de: Angy Garcia (trabajadora Social), Nancy Cardona (psicologa) quienes agradecieron por la participacion de la familia y se destacó la importancia del trabajo interinstitucional en el marco del plan de Intervenciones colectivas (PIC), se hizo una breve contextualización de los objetivos de la Reunión.

2. Se llevó a cabo la Socializacion del plan de intervencion Colectivas, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de las Condiciones de Salud de la Poblacion mediante la implementacion de accion Colectiva de promocion de la Salud y Prevencion, Orientada al Fortalecimiento de capacidades Individuales y grupales al Desarrollo de entornos Saludables.

3. Durante el encuentro con la familia se ha observado situaciones reinterativas con el comportamiento inadecuado dentro y fuera de la institucia, se reporta consumo de vaper.

4. la Reunión concluyo Resaltando la importancia de continuar trabajando de manera articulada con el Equipo psicosocial para promover la sana convivencia escolar y Prevenir conductas que afecte el Desarrollo Integral de cada Integrante de la Familia e Institución.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Buena Disposicion de la familia - Acompañamiento psicosocial.
2. Compromiso con las actividades programadas.

NOMBRE	FIRMA
Miguel Gallón Giraldo	Miguel
Diana M Gallon G	Diana M Gallón

Diana M Gallon G
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo

Angi Garcia
FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Psicóloga - Trabaj Social.
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

3480

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		3	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico	2		
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras	1		
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2- Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	1	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO	NO		
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2: Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	2		
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1: Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

	Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

Nancy Cardona Y.

DILEGENCIADO POR: _____

Nombre y Apellidos

Profesión: Psicóloga -

ACOMPAÑADO POR: Angi Garcia

Nombre y Apellidos

Profesión: Trabj Social

Firma del representante de la familia:

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de Identificacion, focalizacion, canalizacion de la familia
FECHA: 16-mayo-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria.

Ítem	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	2155217	Diana M Gallon	30		X											X												X			calle 2 bis # 14-21	3116137024	X		Diana M Gallon	X	<<
2	TI	1030940	Miguel Gallón Giraldo	14	X												X												X			calle 2 bis #74-22	3105583	X		Miguel Gallón	X	
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

3483

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 18/0/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Belen de Umbria		Calle 2bis N°. 14-21	Ne1. 1.

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	17	Junio	2025	V2	17	Junio	2025	V3	15	Agosto	2025

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Nancy Cardona Angi Garcia.	Nancy cardona. Angi Garcia	Angi Garcia - Nancy Cardona

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	Nº telefono contacto
Diana Gallón	Diana Gallán	3116137024.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifico que evaluacia RDIR-problema por consumo-falta de busqueda en solucia ante la Crisis.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: bajo autoestima - toma de Decisiones y Problemas Academicos.
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Factores de Riesgo - toma de Decisiones

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. (A) Medio. (M) Bajo. (B)

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Se desa influenciar con facilidad -bajo autoestima	Se oriento a la familia sobre la importancia del acompañamiento afectivo para fortalecer la autoestima y toma de decisiones.	(X) A / M / B	A / M / B	A / M / B
2	bajo autoestima.	se orienta, la importancia de promover el auto-reconocimiento y la autoaceptacion. Reforzar cualidades personales.	(X) A / M / B	A / M / B	A / M / B
3	Toma de decisiones	Se orienta a la familia para el fortalecimiento de la capacidad de toma de decisiones mediante actividades de reflexion	(X) A / M / B	A / M / B	A / M / B
4			A / M / B	A / M / B	A / M / B

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	-Dificultad toma Decisiones -baja auto-estima. -Pensamientos catastroficos.	Entrevista Individual, observacion y el acercamiento - Miguel expreso dificultades en su autoestima, en la toma de decisiones con Referencia a la sustancia psicoactiva. Se trabajo con el Semaforo de toma de decisiones.	(X) A / M / B	A / M / B	A / M / B

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	- bajo autoestima - Dificultades Academicas - Toma de Decisions.	Es un chico con problema de Peso por posible consumo. Se Orienta Sobre la necesidad de la toma de decisions y Posible Consecuencia del Peso.	A M B	A M B	A M B
3	toma de Decisions	Se continua trabajando con: Miguel la toma de Decisiones, a través de ejercicio de Reflexion - Reconocimiento de la Debilidades y Fatalezas para Identificar Factores de Riesgo.	A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B
5			A M B	A M B	A M B
6			A M B	A M B	A M B
7			A M B	A M B	A M B
8			A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILEGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa

ACOMPAÑADO POR: Ana Garcia B
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 2

Lugar: Calle 2bis Nº 14-21 - Belen Umbria.
Fecha: 17 - JUNIO - 2015
Hora: 1:00 P.M

Personas citadas: Gallan Giraldo.

Asistentes: Miguel Gallan Giraldo.
Diana Gallan.
Nancy Cardona.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Socialización de actividades
2. Realizacia de actividades
3. Conclusia
4. Compromiso, agradecimientos y cierre de Reunia

DESARROLLO

1. Se Socializo las actividades a trabajar en la segunda visita, tanto la psicologa como trabajadora Social.
Explicacia las Funciones que se llevaran acabo.

2. En la actividad a Realizar, Se llevo a cabo Orientacia parental sobre los limites en la adolescencia; de Igual Forma con Miguel se hizo unas Preguntas Semiestructuradas, donde te evidencio Dificultades con el autoestima - Nivel Academico - Pensamientos Catastroficos - la toma De Decisiones - y Falta de tolerancia.
- Se trabaja el Semaforo de la emociones.

3. Conclusiones: Es importante Seguir acompañando a Miguel a trabajar con su autoestima - proyecto de vida - la toma de Decisiones.
En el proceso se evidencio un joven abierto a la Intervención
- la acudiente muy Interesada en el proceso.

4. El Equipo psicosocial agradece el compromiso como familia, se Socializa la posible fecha para el mes de julio.
la Reunion e intervención termina con agradecimiento de Parte de la familia

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS,

1. Tercer visita Para el mes de julio.
2. Se agendara con tiempo la visita, se informara. por medio telefonico - cumplir con la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
Miguel Gallon Giraldo	Miguel Gallon Giraldo
Diana M Gallon G	Diana M Gallón

Diana M Gallón
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia -
Cargo Trabajadora Social -
Elaboró
Psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 1° Intervención Poblacional
FECHA: 17-JUN10-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1088 2173	Diana M Gallon	36		X											X												X				X	Diana M Gallon	X	<<
2	T.I	1030 140900	Miguel Gallon	14	X												X												X				X	Miguel	X	
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Clle 26 1S N°14-21 Belen de umbria
Fecha: 17-Julio-2025
Hora: 8:00 a.m

Personas citadas: familia Gallon Giraldo

Asistentes: Miguel Gallon Giraldo
Diana Gallon
Nancy Cardona
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo
2. seguimiento a la intervención anterior
3. Actividad de fortalecimiento emocional.
4. observaciones de la dupla

DESARROLLO

1. Se da inicio con un gran Saludo a la familia, agradecemos su compromiso y participación en el proceso de acompañamiento emocional a sus hijas, ya que su apoyo es fundamental para avanzar en el fortalecimiento de sus habilidades.

2. dando continuidad se retomaron las tematicas abordadas Previamente: Toma de decisiones, manejo de emociones y tolerancia a la frustracion.

3. Seguidamente se realizaron ejercicios prácticos de identificación emocional y control de impulsos, El adolescente mostro disposicion, aunque con dificultades para sostener la atención.

4. Se identifica leve avance en el reconocimiento de emociones. Continuan presentes reacciones impulsivas ante limites o situaciones frustrantes.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. involucracion familiar en el refuerzo de estrategias.
2. mantener acompañamiento psicoemocional.

NOMBRE	FIRMA
Miguel Gallon Giraldo	Miguel Gallon Giraldo
Diana M Gallon G	Diana M Gallon

Diana M Gallon
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi Garcia-
Cargo Trabajadora Social-
Elaboró
Psicologa.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Ana Garcia - Alanis Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 2° intervencion familiar
FECHA: 17-julio-2025
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	24552179	Diana M Gallon	36	X												X											X		calle 2bis #14-21	3116137024	X		Diana M Gallon	X	<<
2	T.I	1030140000	miguel Gallon	14	X												X											X		calle 2bis #14-21	3105583794	X		Miguel	X	
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Cll 2bis N: 14-21
Fecha: 15-AGOSTO-2025
Hora: 2:00 PM

Personas citadas: Familia Gallon Ginaldo.

Asistentes: Miguel Gallon Ginaldo.
Diana Gallon.
Nancy Caidara.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Socialización de Actividad - Saludos.
2. Realización de Actividad.
3. Conclusión y Avances.
4. Cierre de Reunión

DESARROLLO

1. Nuevo. Se inicia la Reunión con agradecimientos por el compromiso como familia en este Proceso.
- Se Socializa la tercera Intervención

2. Se continua trabajando con Miguel la toma de Decisiones y el Descubrimiento de la Fortalezas y Debilidades, donde se Desarrolla la conversación de los Recursos Internos y externos que Miguel posee, Con las Debilidades se Pretende disminuir el Riesgo y trabajar en las area q genere mayor malestar.
- Se trabaja con la Familia desde el area Social. a través de la Dinamica la telaraña. Buscando Fortalezas y Recursos Familiares.

3. En los avances Miguel Reconoce la necesidad de cambiar el articulo de amigos.
- Reconoce la Necesidad de Buscar una Red de apoyo mas estable emocional.
- Se evidencia Mejor comunicación familiar
Conclusión Se evidencia Cambios positivos en la dinamica familiar.

4. Se termina la Reunión con agradecimiento a la familia por el compromiso.
- la madre expresa la posibilidad de Cambio de trabajo en otra ciudad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo. la visita
2. Dar cumplimiento a la cita pactada.

NOMBRE	FIRMA
+ Miguel Gallón Giraldo	Miguel Gallón Giraldo
+ Diana Marcela Gallon	+ Diana M Gallon

x. Diana M. Gallon
FIRMA
Cargo Madre.

FIRMA
Cargo Psicologa.
Elaboró Angi Garcia
Trabajadora Social.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

HOMERIS

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi García – Nancy Cardona.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: 3- Intervención Familiar
FECHA: 13-AGOSTO-2025.
MUNICIPIO/LUGAR: Belen de Umbria

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PYMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.T	1030140900	Miguel Gallon	14	X												X									X				Cll 2bis Nº 14-21.	3116137024	X		Miguel G	X	<<
2	CC	24582177	Diana M. Gallon	36	X												X									X				Calle 2bis Nº 14-21	3105583794	X		Diana M Gallon	X	
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				

HOMERIS E.S.E. Hospital Mental	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de Umbría, Fecha 19-MAYO-2025

Yo, LUZ CLEMENCIA LARGO COLORADO mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 24.552.527 actuando en nombre la familia: TREJOS - LARGO, de la vereda CALLE 12A # 11-45 PISO 3; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 3204121784

Nombre de la persona que firma el consentimiento: LUZ CLEMENCIA LARGO COLORADO

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Nancy Cardona - Ambi Garcia

① V aper → (grupal): Reunión familiar se lo vio con el vaper.

2. → Problemas con docente - le habló sin pucho grave.

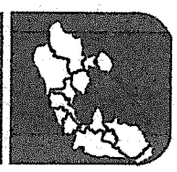
En la universidad .

Departamento de RISARALDA

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023



REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		2	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico		5	
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		4	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	0	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		6	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	0	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2-Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	2	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	0	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	0	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	0	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI		
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado mutuo en familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y límites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucamiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	2		
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	1- Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio-cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

	Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Nancy Cardona Y.
Profesión: psicóloga

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Anbi Ibarra
Profesión: Trabajadora Social

Firma del representante de la familia:

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Belen de Umbria.
Fecha: 19 de mayo del 2025.
Hora: 2:00pm.

Personas citadas: Familia Trejos Largo.

Asistentes: Angi Garcia
Xiomara Trejos
Lina Largo
Mariana Trejos
Ligia Colorado
Nancy Cardona.

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo y Presentacion
2. Socializacion y Realizacion de C. Informado
3. Indagacion de la poblacion.
4. Cierre

DESARROLLO

1. la Reunion Inicio con el saludo institucional por parte de Angi Garcia (Trabajadora Social) y Nancy Cardona (Psicologa) quienes agradecieron. por la participacion de la familia y se destaco la importancia del trabajo interinstitucional en el marco del plan de Intervencion Colectiva (PIC) se hizo una breve contextualizacion de los objetivos de la Reunion.
2. Se llevo a cabo la socializacion del plan de Intervenciones colectivas, cuyo objetivo es. contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la poblacion mediante la. implementacion de acciones colectivas de promocion de la Salud y Prevencion y Promocion Orientada al Fortalecimiento de capacidades, Individuals y colectivas y al Desarrollo de entorno Saludables.

3. Durante el encuentro con la familia Se ha identificado situaciones relativas con el comportamiento inadecuado dentro de la institucion educativa tambien desde la institucion se reporta Presunto consumo de Sustancias psicoactivas.

4. la Reunión concluyo Resaltando la importancia de continuar trabajando de manera articulada. con el Equipo Psicosocial Para Promover la. sana convivencia escolar y Prevenir conductas. que afecten el desarrollo Integral de cada. Integrante de la familia

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Buena disposicion Frente a las actividades q' se llevaran a cabo - Apoyo psicosocial 17 mayo
2. Fortalecimiento y Acompañamiento en el Hogar. al 10 octubre del 2025.

NOMBRE	FIRMA
Tina Clemencia Largo Colorado	Tina C. Largo
Ligia Colorado Hincapie	Ligia Colorado H.
Mariana Trejos Largo.	Mariana T.L.
Xiomara Trejos Largo	Xiomara Trejos L.

Tina Clemencia Largo
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo

FIRMA (PERSONA QUE ELABORA) - Angi Garcia
Cargo Psicologa - Trabajo Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Nancy Tarclona- Anbi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Procesos de identificacion, focalizacion, caracterizacion a las familias
FECHA: 19-MAYO-2025
MUNICIPIO/LUGAR: BELEN DE UMBRIA

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1087490721	Xiomara Trejos Largo	14		X											X											X				C. 12 a # 11-45 P.3	3007481512	X		Xiomara Trejos L.	X	«
2	CC	24552527	Luna Clemencia Largo Colorado	42		X											X											X				C. 12 a # 11-45 P3	3204121784	X		Luna Largo	X	
3	RC	1004626971	Mariana Trejos Largo	21.		X											X											X				C. 12 a # 11-45 P3	3206123357.	X		Mariana T.L.	X	
4	CC	24545413	Tigra Colorado	72		X											X											X				C. 12 a # 11-45 P3	3163745376	X		Tigra Colorado	X	
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

HOMERIS E.S.E. Hospital Mental	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1	CÓDIGO	GMS-FT-77	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
		VERSIÓN	1	
		PÁGINA	1 de 1	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN COLECTIVA Y FAMILIAR	COPIA CONTROLADA		

Belén de Umbría, Fecha 19-mayo-2025

Yo, Yessica Tobon mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1112774303 actuando en nombre la familia: Tobon, de la vereda Salida a Mistrato; hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo comunitario en salud mental otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA me incluya entre las familias beneficiarias del convenio interadministrativo suscrito entre la Gobernación de Risaralda y HOMERIS para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud mental.

2. Declaro que he sido advertido(a) por el personal comunitario sobre los beneficios de las intervenciones, y que el resultado no depende solamente de las actividades del equipo sino del compromiso de cada integrante de la familia.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como líder del núcleo familiar: SI X NO ___

Teléfono: 321 791 2500

Nombre de la persona que firma el consentimiento: Yessica Tobon

Nombre del funcionario que explica el consentimiento: Nancy Cardona Yepes – Angi Lorena Garcia.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: María Soledad Archila Triana	Nombre: Juan Carlos Restrepo Mejía	Nombre: Beatriz Elena Bedoya Villegas
Cargo: Coordinadora de Planeación	Cargo: Subgerencia Asistencial	Cargo: Gerente

Razón del Amigo

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No.

Lugar: Belen de umbria
Fecha: 19-MAYO-2025
Hora: 08:00 am

Personas citadas: Tobon Arredondo

Asistentes: Yessica Tobon
Mathias Arredondo
Angi Garcia,
Nancy Cardona

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos y Presentacia
2. Socializacia y Realizacia Ficha Familiar APS.
3. Indagacia - Observacia de posible problematica.
4. Cierre.

DESARROLLO

1. la Reunia Inicio con un saludo Institucional por parte de Angy Garcia (trabajadora Social), Nancy Cardona (Psicologa) quien agradecieron por la participacia de la Familia y de destaco la importancia del trabajo intersitucional en el marco del Plan Intervenciones colectiva (PIC), se hizo una breve contextualizacia de los objetivos de la Reunia.

2. Se llevó a cabo la socializacia del plan de Intervencia colectivas, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la poblacia mediante la implementacia de acciones colectivas de promocia de la salud y Prevencia Orientada al Fortalecimiento de Capacidades Individuals y grupales al Desarrollo de entornos saludables.

3. Durante el encuentro con la familia Se ha Identificado situaciones relacionadas con el comportamiento inadecuado dentro y fuera de la institución educativa
Desde la Institucion Se reporta Presunto consumo de Sustancias psicoactivas.

4. La Reunion concluyo Resaltando la importancia de continuar trabajando de manera articulada con el Equipo Psicosocial para Promover la Sana Convivencia escolar y Prevenir conductas que afecten el Desarrollo Integral de cada Integrante de la Familia e institución.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Buena disposición / flia, Nancy, Angi / 14-mayo-2025 / 10 octubre-2025
2. Compromiso con las actividades Programadas.

NOMBRE	FIRMA
Yessica Jaramillo	Yessica Jaramillo
Mathias Arredondo	Mathias Arredondo

Yessica Jaramillo
FIRMA (RESPONSABLE REUNIÓN)
Cargo

Nancy Cardona - Angi Garcia
FIRMA (PERSONA QUE ELABORA)
Cargo Psicóloga - Trabaj Social
Elaboró

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

Departamento de RISARALDA

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada		3	
	Número de personas que conforman la familia	Numerico			
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución		3	
	En la familia se identica un cuidador principal de niños, niñas, persoma con discapacidad o enfermedad?	1: SI 2: NO	SI= Riesgo 0 NO= Riesgo 3	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamiento 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escolar 6. Todas las anteriores 7. Otras		1	
	Expresión de afecto a la familia	1. Nunca 2. Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 1 Siempre= riesgo 0	1	
	Quien toma las decisiones en el hogar?	1- Papá 2- Mamá 3- hijos 4- Proveedor 5- Familia extensa 6- Otros adultos 7. Familia	1= Riesgo 0 2= Riesgo 0 3= Riesgo 3 4= Riesgo 0 5= reisgo 0 6= Riesgo 2 7= Riesgo 0	0	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	3	
	La relacion famliar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Resgo 0 2: riesgo 2 3. Riesgo 3	2	
	Reconocimiento de las fortalezas de la familia	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgo 0	2	
	Resolución de conflictos al interior de la familia	1. Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	1	
	Alguien de la familia Tiene problemas por el consumo de bebidas alcoholicas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	

	Alguno de los menores se encuentra expuesto al consumo de SPA por parte de terceros	(1:SI) 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI (2:NO)	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Alguien de la familia Participa en grupos comunitarios?	1: SI (2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 1	1	
	Compaten actividades para la union famliar?	1: SI (2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI (2: NO	NO		
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI (2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	0	
Cuidado por Momento del curso de vida	Se tiene en cuenta el momento del curso de vida de los integrantes: Si/no/cuáles	(1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	NO		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	NO		
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	NO		
	el cuidado en la juventud	1: SI 2: NO	NO		
	el cuidado en la adultez	1: SI 2: NO	NO		
	el cuidado en la vejez	1: SI 2: NO	NO		
	el cuidado mutuo en familia	(1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
Crianza Se tiene en cuenta?	Cuidado sensible (afectiva)	(1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Manejo de Emociones	(1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Intereses (Gustos y/o ocio)	(1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Refuerzos positivos	(1) SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI (2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Normas y límites	1: SI (2:NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Involucamiento parental	1: Padre (2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	2		
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en la familia	(1-Dialogo 2- Sanción y supresión 3- Castigo verbal 4- Castigo físico	1. Riesgo 0 2. riesgo 0 3. Riesgo 3 4 Riesgo 3	0	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI (2:NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad física	1: SI (2:NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	3	
	Prácticas alimentarias y nutricionales (consumo sal, grasas, carbohidratos, azucares refinados)	1: SI (2) NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
Riesgos de enfermedad trasmitida por historia familiar	Alteraciones en Salud Mental	1: Ansiedad o Depresión 2:Demencias 3: TAB 4:Parkinson. 5:Autismo 6: Bipolaridad 7: Conducta suicida 8: suicidios 9: Epilepsia. 10. enfermedades espirituales. 11. otros.	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3		

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisibles: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro-vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3 NO		
RIESGOS PSICOSOCIALES FAMILIARES	Conflictos Conyugales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre padres e hijos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre hermanos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Conflictos entre Familia	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencia Intrafamiliar y maltrato contra NNA	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Violencias de género	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Problemas o Transtornos Mentales diangnosticados	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Consumo de alcohol o psicoactivos	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	
SEGURIDAD ALIMENTARIA: En los ultimos 3 meses ?	¿Usted se preocupo porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	En su hogar se quedaron sin alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	En su hogar dejaron de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	Usted o algun adulto en su hogar tuvi una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Usted o algun adulto de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	Usted o algun adulto en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
	Algun menor de 18 años dejo de tener una alimentacion saludable y balanceada?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentacion basada en poca variedad de alimentos?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años en su hogar dejo de desayunar, almorzar o cenar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
	Algun menor de 18 años de su hogar comio menos de lo que debia comer?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	

Tabla 1: Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la (in)seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a lagun menor de 18 años en el hogar?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	0	
Algun menor de 18 años de su hogar sintio hambre pero no comio?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	
Algun menor de 18 años en su hogar solo camio una vexz al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 2: NO	SI=1 NO=0	1	

CALIFICACION	
Sin riesgo	0
Riesgo bajo	1
Riesgo medio	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Angi Lorena G
Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Nancy Cardona.
Profesión: Psicóloga

Firma del representante de la familia:
Yessica Dolsi
1112774303

OTRAS OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de Identificación, Focalización, caracterización a las familias.
FECHA: 10-MAYO-2023
MUNICIPIO/LUGAR: BELEN DE UMBRIA

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1112774338	Yessica Tobón	29		X											X												X		Salida a Mistrató	3217912500		X	Yessica Tobón		<<
2	T.I	1114156320	Mathias A	16	X												X												X		Salida a Mistrató			X			
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						