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: Nanaf Cardona
Profesión: Psicologa.

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Angi García
Profesión:

Yuisiri García
1.089.361.452.

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		

La Virginia, Fecha 07 de Febrero del 2026

Yo, Maria Eugenia Mendoza mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 42.030.630 actuando en nombre la familia: Mendoza Roman, de la vereda Vereda la Palma; 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: 3235728336

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

Eugenimendosa

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

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. 1.

Lugar: Vereda la Palma.
Fecha: 07 de febrero del 2026
Hora: 10:00 am.

Personas citadas: Familia Mendoza Roman.

Asistentes: Maria Eufenia Mendoza.
Nicolas Roman Mendoza
Daniel Cardona.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Presentación.
2. Socialización
3. Registro de Intervencion de Riesgo Psicologico
4. compromiso.

DESARROLLO

1. Presentación del Equipo psicosocial con la Familia y el objetivo de las Intervenciones.

2. Se Socializó 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.

Scanned with CamScanner

3. Se realizaron las preguntas correspondientes al Registro de Intervención de Riesgo Psicológico a Fin de Identificar la posible Intervención

4. El equipo psicosocial se compromete a realizar la intervención con el Fin de alcanzar el objetivo de Identificar y aplicar estrategias de acuerdo con el resultado del Riesgo Psicológico.
- Se concluye agradecimiento a la familia por separte de programa.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo las visitas y se informara por medio telefonico.
2. Buena Disposicion y compromiso.

NOMBRE	FIRMA
Maria Eugenia Mendoza	EuFeni mendosa
Nicolas Roman Mendoza	NICOLAS

FIRMA
Cargo EuFeni mendosa

Elaboró
FIRMA
Cargo Psicóloga. Angi Cadavia 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

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

HOMERIS

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Angi García - Yenny Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de Identificación Caracterización - Caracterización a la Familia
FECHA: 07 Febrero del 2026
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda la Palma

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA GENERADORA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MADRE CABEZA DE H.	BENEFICIARIOS	MIGRANTES	MAESTRO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SALUD	SALUD MENTAL, SUICIDA Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA: U	ZONA: R	Firma	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO
1	RC	42.030.630	maria Eugenia M	47		X								X													X				Vereda la Palma	323372 8336		X	Eugeni	X	
2	TI	1088290328	Nicolas Roman M	7	X										X												X				Vereda la Palma	" "		X	Nicolas	X	
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

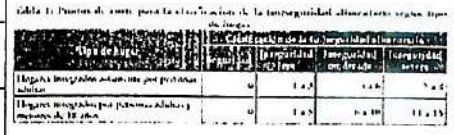
	VARIABLE	RESPUESTA	RIESGO	SUMA TOTAL	OBSERVACIONES
Información Familiar	TIPO DE FAMILIA	1. Unipersonal 2. Nuclear 3. Nuclear monoparental 4. Nuclear unipersonal por adulto mayor 5. Extensa 6. Mixta o ampliada	5		
	Número de personas que conforman la familia	Numerico	2.		
	Curso de Vida de la Familia	1. Formación 2. Expansión 3. Consolidación 4. Apertura 5. Postparental 6. Disolución			Familia encabezada por: Abuela.
	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	0	
	La relacion familiar 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	0	
	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 1 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	X|0		
	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.	3		
	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: Dipolaridad 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	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	



Scanned with CamScanner

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a algun 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 vexr 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 Garcia B
Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: [illegible]
Profesión: Psicologa.

Eu Fernimendosa

Scanned with CamScanner

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		

La Virginia, Fecha 02 Febrero del 2026

Yo, Sandra Viviana Ortiz mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 42.032.700 actuando en nombre la familia: Moratel Ortiz, de la vereda Calle 5a N° 21-32 los libertadores.; 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__ NO__

Teléfono: 3207415313

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

Viviana Ortiz

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

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. 1

Lugar: Calle 5a N° 21-32 los liberadores-
Fecha: 02 febrero del 2026.
Hora: 5:00 pm.

Personas citadas: Familia Morales Ortiz.

Asistentes: Sandra Vivana Ortiz.
Inaki Morales Ortiz.
Nancy Caidaza
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA
1. Presentacion
2. Socializacion.
3. Registro de intervencion de Riesgo Psicológico.
4. Compromiso y Finalizacion de la Reunión

DESARROLLO

1. Presentación del equipo psicosocial con la familia y el objetivo de la intervención.

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 trabajar.

Scanned with CamScanner

3. Se realizaron las preguntas correspondientes al Registro de intervención de Riesgo psicológico a fin de identificar la posible intervención

4. El Equipo psicosocial se compromete a realizar la intervención con el fin de alcanzar el objetivo de identificar y aplicar mas estrategias de acuerdo con el resultado del Riego Psicológico
- Se concluye agradeciendo a la familia por ser parte del programa.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda con tiempo las visitas y se informa por medio telefonico.
2. Buena Disposición y compromiso.

NOMBRE	FIRMA
Sandra Viviana Ortiz Osorio	Viviana Ortiz
Iñaki morales Ortiz	Iñaki morales Ortiz

Viviana Ortiz
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

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 06-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de Identificación focalización caracterización a la Familia
FECHA: 02 febrero del 2026
MUNICIPIO/LUGAR: Virginia - Risaralda.

No	Tipo Doc.	No. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	F	INTER	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	PRIVADA	AFRODESCENDIENTE	RAIZALES	ROM	MUJERES CABEZA DE H.	BENEFICIADOS	MIGRANTES	MAESTRO	OTRO	PROGRAMA: PIN	CTD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SA-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	VINCULADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA: U	R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
1	CC	42034200	Sandra.V.Ortiz	40		X								X													X					Calle 5A #21-32	3207715313	X		Viviana	X	
2	RC	1087505503	Inaki Morales	5	X									X													X					Cl. 5A #21-32	11	X		Iñaki Morales	X	
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

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	5.		
	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	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	3	
	¿Cuál es el cuidado principal?	1. Proveedor 2. Acompañamiento para movilidad o desplazamient 3. Protección 4. Alimentación 5. Acompañamiento escola 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	7	
	Realizan búsqueda de soluciones ante las crisis familiares?	1. Nunca 2. A Veces 3. Siempre	Nunca=Riesgo 3 A veces: riesgo 2 Siempre= riesgó 0	0	
	La relacion familar 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	

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			
	Reciben ingresos por remisas 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		
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 limites	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.		3	
	Cómo corrigen las faltas de los niños y las niñas en 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	
Estilos de Vida	Sedentarismo	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	0	
	Actividad fisica	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.	Ansiedad Escoger multiple rta Cualquie rta Riesgo 3		

Scanned with CamScanner

	Otras enfermedades	Cáncer Obesidad Consumo - Exposición familiar a Psicoactivos- al tabaco/ alcohol Diabetes Enfermedad respiratoria: Asma/EPOC/ Enfermedades transmisible :: tuberculosis/otras - VIH Enfermedad renal Enfermedad cardio- cerebro - vascular	Escoger multiple rta Cualquier rta Riesgo 3	Xinfauna	
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 vez 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 inseguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la inseguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 5	6 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 algun 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 baj	1
Riesgo mec lo	2
Riesgo alto	

DILEGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos: Angi Lorena G
Profesión: Trabajo Social

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos: Psicologa
Profesión:

Viviana Ortiz

Scanned with CamScanner

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		

La Virginia, Fecha 16 de Febrero del 2026.

Yo, Melva Valencia mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 33992499. actuando en nombre la familia: Sanay Osorio M., de la vereda CIIS N°16-09-MI-C27.; 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: 3102615562.

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

Melva Valencia.

Nombre del funcionario que explica el consentimiento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 1.

Lugar: Manz 1 - C27. Calle 5 - Nº 16-09.
Fecha: 16 de febrero del 2026.
Hora: 2:00 pm.

Personas citadas: Familia Osorio M.

Asistentes: Sanay Osorio
Melva Valencia.
Nancy Cardona.
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA,
1. Presentación.
2. Socialización.
3. Revisión de Intervención Riesgo Psicológico
4. Cumplimiento.

DESARROLLO

1. Presentación de Equipo psicosocial con la Familia y el objetivo de la Intervención.

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 Intervención de Riesgo Psicologico a fin de Identificar la posible Intervención

4. El Equipo psicosocial se compromete a realizar la Intervención con el fin de alcanzar el objetivo de Identificar y aplicar estrategias de acuerdo con el resultado de Riesgo Psicológico

- Se concluye agradeciendo a la familia por se parte del programa.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo las visitas y se informara por medio telefonico
2. Buena Disposición y compromiso.

NOMBRE	FIRMA
Saray Osorio M.	SARAY Osorio.
Melva Valencia	Melva valencia

Melva Valencia.
FIRMA
Cargo Acudiente.

FIRMA
Cargo Psicologa
Elaboró Angi Garcia
T.S. 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	5.		Los padres viven actualmente en España.
	Número de personas que conforman la familia	Numerico	2.		Esta al cuidado de la cuñada
	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	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	2.	
	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 familiar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Riesgo 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	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	3.	
	Algún miembro de la familia vive en el exterior?	1: SI 2: NO		1.	Tio padres.
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	2.	
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.	3-6.		
	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	3.	
	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	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 Un Posible tio.		

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 uo 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
Profesión: Psicologa.

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

Melva Valencia

	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	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	



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

SECRETARÍA DE SALUD

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2019

CONTRATISTA: Nana Cardona - Angi Garcia
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Primera Intervención Familiar - Proceso de Identificación Focalización Caracterización Familiar.
FECHA: 16 de Febrero del 2020
MUNICIPIO/LUGAR: La Virginia - Risaralda

No	TIPO DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ACEPTACIÓN MIENTO	ESAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FECHA V	FECHA R	FIRMA	AUTORIZACIÓN USO DE DATOS SI	AUTORIZACIÓN USO DE DATOS NO
1	CC	33992499	Melva Valencia		X					X		Cll 5 N°-16-09	3102615560	X		Melva Valencia	X	
2	TI	1184463106	Sara Daniela M	11	X					X		Cll 5 N°-16-09	" "	X			X	
3																		
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		

La Virginia, Fecha 16 de Febrero del 2026.

Yo, Melva Valencia mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 33992499. actuando en nombre la familia: Saray Osorio M., de la vereda Cll 5 N°16-09-MJ-C27.; 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: 3102615562.

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

Melva Valencia.

Nombre del funcionario que explica el consentimiento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 1.

Lugar: Manz 1 - C27. Calle 5 - N° 16-09.
Fecha: 16 de febrero del 2026.
Hora: 2:00 pm.

Personas citadas: Familia Osorio M.

Asistentes: Sanay Osorio
Melva Valencia.
Nancy Cardona.
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA:
1. Presentación.
2. Socialización
3. Revisión de Intervención Riesgo Psicológico
4. compromiso.

DESARROLLO

1. Presentación de Equipo psicosocial con la. Familia y el objetivo de la Intervención.

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 Intervención de Riesgo Psicologico a Fin de Identificar la posible Intervención

4. El Equipo psicosocial se compromete a realizar la Intervención con el Fin de alcanzar el objetivo de Identificar y aplicar Estrategias de acuerdo con el resultado de Riesgo Psicológico
- Se concluye agradeciendo a la Familia. pa se parte del programa.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agendara con tiempo las visitas y se informara por medio Telefonico.
2. Buena Disposición y compromiso.

NOMBRE	FIRMA
Saray Osorio M.	SARAY Osorio.
Melva Valencia	Melva Valencia

Melva Valencia.
FIRMA
Cargo Acudiente.

FIRMA
Cargo
Elaboró Psicologa
Angi Garcia
U. 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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 Vigencia: 04-2017

CONTRATISTA:
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Ruta Materna - Primera Intervención Familiar - Ruta de Identificación Focalización Caracterización Familiar
FECHA: 16 de Febrero del 2026
MUNICIPIO/LUGAR: La Virginia - Risaralda

No	TIPO DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): GESTANTE	VÍCTIMA	PERSONA ADULTO MAYOR	PERSONA CON DISCAPACIDAD	POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD	HABITANTE DE CALLE	DESPLAZADO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYC	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ERA	IRA	ZOONOSIS	ENSAT	SALUD MENTAL, PGP Y VIOLENCIA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZA EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZA EL USO DE DATOS: NO
1	CC	33992993	Melva Valencia			X																		X					CLLE N°-16-09	3102615562	X		Melva Valencia	X	
2	TI	1184463106	Saray Dori D M	11	X																			X					CLLE N°-16-09	" "	X			X	
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			

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	5.		Los padres viven actualmente en España.
	Número de personas que conforman la familia	Numerico	2.		Esta al cuidado de la cuadriz-
	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, 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		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	2.	
	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	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- Sancion y supresion 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	0	
	Alguien de la familia Consume tranquilizantes?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 1 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 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		1.	Tio padres.
	Reciben ingresos por remesas de alguien que vive en el exterior?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 2 NO=Riesgo 0	2.	
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.	
	Involucramiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	3-6.		
	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	3.	
	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	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 Un Posible tio.		

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
Profesión:

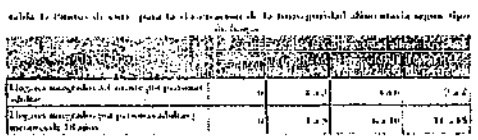
Psicologa.

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos
Profesión:

Angi Garcia
trabajadora Social.

Melva Valencia

	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 tuvo 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 comio una vez 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	



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 5 N° 16-07 B El Portal
Fecha: 19 de Febrero del 2026.
Hora: 2:30 pm.

Personas citadas: familia Vallejo Gil

Asistentes: Sara Vallejo Ochoa
Maximiliano Gil Castaño
Isabela Sofia Vallejo G

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo
2. Desarrollo de la intervención
3. Observaciones y análisis
4. Compromiso y Cierre.

DESARROLLO

1. En Primera instancia, se brinda Saludo cordial a los integrantes presente; posteriormente, se socializa el objetivo de la jornada, haciendo el caracter confidencial de la misma, haciendo importancia de la participación y activa durante el desarrollo de la actividad.
2. Seguidamente, se procede a la aplicación de la ficha de caracterización familiar, durante el diligenciamiento del instrumento se logra identificar que el grupo familiar tan la ausencia de las figuras paternas.

3. Posteriormente, se realiza la aplicación de las Pruebas Proyectivas "Figura Humana" y "Dibujo de la Familia", con el objetivo de explorar aspectos relacionados con autopercepción, vínculos afectivos y dinámica familiar.

4. En virtud de lo anterior, la familia manifiesta disposición para continuar en el proceso de acompañamiento psicosocial.

Finalmente, se agradece la apertura y colaboración durante la visita, dejando constancia de lo actuado y dando por finalizada la jornada

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Promover espacios de diálogo para la expresión emocional frente a la ausencia parental.
2. Dar continuidad a las orientaciones por las Profesionales

NOMBRE	FIRMA
Sara Vallejo Ochoa	Sara Vallejo O.
Isabel Sofía Vallejo	Isabel Sofía Vallejo Gil
Maximiliano Gil Cañaño	Maximiliano Gil

Sara Vallejo O.
FIRMA
Cargo

FIRMA Ana Garcia
Cargo Trabajo Social
Elaboró Dana y Candela
Psicología.

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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 03-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada intensiva de salud publica
FECHA: 14 de Febrero de 2026
MUNICIPIO/LUGAR: Virginia Risaralda

NO	TIP DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN): COMUNIDAD INDÍGENA	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN): POBLACIÓN AFROCOLOMBIANO	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN): RAIZALES	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN): ROM	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN): MUJER GESTANTE DE NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN): MIGRANTES	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN): VÍCTIMA	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN): OTRO	ETNOGRAFÍA: RAI	ETNOGRAFÍA: GYD	ETNOGRAFÍA: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ETNOGRAFÍA: PAIPI	ETNOGRAFÍA: ENV	ETNOGRAFÍA: DISCAPACIDAD	ETNOGRAFÍA: DISD	ETNOGRAFÍA: SALUD VISUAL OCULAR Y AUDITIVA	ASEGURA MEJOR: PIPMA	ASEGURA MEJOR: ESPERANTO	ASEGURA MEJOR: CONTRIBUTIVO	ASEGURA MEJOR: OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	CONSENTIDO USO DE DATOS: SI	CONSENTIDO USO DE DATOS: NO
1	CC	42.079.386	Sara Vallejo O	57		X																								Calle 5A Nº 16-07	3103688995	X		Sara Vallejo	X	
2	TI	1089 562083	Maximiliano O	8	X																									Calle 5A Nº 16-07	11 11	X		Maximilia	X	
3	TI	1154.463149	Isabel Sofia V	10		X																								Calle 5A Nº 16-07	11 11	X		Isabel Sofia	X	
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, 15/07/2023

Municipio:	Barrio o Vereda:	Dirección:	Ficha familiar No.
Virginia	El perla	Cll 5 Nº 16-07 B. El Perla	1.

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	19	07	2023	V2				V3			

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Angi Garcia - Nancy Cardenas		

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	Nº telefono contacto
Sara Vallejo Delhoa.	Sara Vallejo Delhoa.	3193689995.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifica en la evaluación de Riesgo y entrevista familiar. ausencia parental - manejo de emociones - Duelo.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Ausencia parental y dificultades en el manejo de emociones	Orientacion familiar enfocada en fortalecer el acompañamiento parental y brindar herramientas para el manejo adecuado de las emociones	X A / M / B	A / M / B	A / M / B
2			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

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	- Ausencia parental - manejo de emociones.	Prueba proyectiva de la figura humana y figura humana - Expresion de emociones. - Fortalecimiento de la emocion	X A / M / B	A / M / B	A / M / B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			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: Nancy cardona
Nombre y Apellidos
Profesion: psicologa.

ACOMPAÑADO POR: Ang. Lorena Barrios
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 la Palma
Fecha: 21 de Febrero del 2026.
Hora: 2:00 pm.

Personas citadas: Familia Mendoza Roman.

Asistentes: Maria Eufeni Mendoza.
Nicolas Roman. Mendoza
Nancy Cardona.
Angi Garcia

ORDEN DEL DÍA
1. Saludos.
2. Desarrollo de la Intervencion
3. Observacion y analisis.
4. Conclusion y cierre.

DESARROLLO

1. En la Primera instancia, Se brinda un Saludo Cordial a los integrantes Presentes, Posterior/ Se Socializa el objetivo de la jornada, Precisando el Caracter de confidencialidad.

2. Se Desarrolla la Intervencion basado en la Ficha de caracterizacion familiar y Observacion Se identifico ausencia de las Figuras Parental y el manejo de la emocion.

3. Se trabaje con Nicolas el cuento de la tortuga; donde enseña a reconocer las sus emociones especial, donde siente enojo, frustración, aprende el manejo de la ira y el autocontrol.
Con la abuela se Enseña sobre la necesidad de las pautas y normas con Nicolas.
4.
En conclusión, se necesario seguir trabajando con Nicolas el Reconocimiento de la emociones el Duelo por separación.
- Orientación Familiar Sobre la sobreprotección
- Fomentar la autonomía.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda con terapeuta las visitas y se informa por medio telefonico.
2. Buena Disposición y compromiso.

NOMBRE	FIRMA
Maria Eufemi Mendoza	Eufemi mendoza
Nicolas Roman Mendoza.	Nicola Roman

Eufemi mendoza
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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 Vigencia: 05-2017

CONTRATISTA: Nancy Cardona - Auxiliar de Enfermería
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Primera Intervención Familiar
FECHA: 21 Febrero del 2026
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda la Palma.

Nº	TIPO DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PRIORITARIA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURA MIENTO SUBSIDIADO	ASEGURA MIENTO CONTRIBUTIVO	ETNIA	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZACIÓN USO DE DATOS SI	AUTORIZACIÓN USO DE DATOS NO
1	CC	42 030 630	Mary Eug. M.	47	X				X			Vereda la Palma	3235726336		X	Eu Fernández		
2	TI	1053626 23	Nicolas Roman	7	X				X			Vereda la Palma	" "		X	Nicolas		
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. 15/2023

Municipio:	Barrio o Vereda:	Dirección	Ficha familiar No.
Virginia	Vereda la Palma		1.

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	21	02	2026	V2				V3			

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Ana García - Nancy C.		

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° teléfono contacto
Mª Eugenia Mendoza	Ma Eugenia Mendoza	323 572 8336.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifica en la Evaluación de Riesgo Genograma familiar Familia - ausencia de la Figura Materna. Rol. inducto.
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	dificultades en el reconocimiento emocional	Orientación Familiar enfocada en el reconocimiento de emociones y el Fortalecimiento de la comunicación asertiva	X A / M / B	A / M / B	A / M / B
2			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

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Falta de Reconocimiento de la Emociones. Manejo de la Fa.	• Se trabaja reconocimiento de la emociones. • Autocuento a través de cuento "la tortuga" • Resolución de conflictos.	X A / M / B	A / M / B	A / M / B

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			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: Angi Lorena Garcia
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR: Daniel Cardona
Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa

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 la Palma
Fecha: 21 de Febrero del 2026.
Hora: 9:00 am.

Personas citadas: Familia Florez Rendón

Asistentes: Claudia Milena Florez.
Maria Camila Florez.
Juan Sebastian Florez.
Nancel cardona.
Angi Garcia.

ORDEN DEL DÍA

1. Saludos
2. Desarrolla de la Intervencia
3. Observacion y analisis
4. Conclusion y cierre.

DESARROLLO

1. En Primera instancia, Se brinda un Saludo Cordial a los integrantes presentes, Posteriormente Se Socializa el objetivo de la jornada. Resaltando el caracter confidencial del proceso.

2. Se Desarrollo la intervencion basados en los hallazgos de la Ficha de caracterizacion Familiar, donde se identifico ausencia de la figura Paterna - dificultades con las normas de Disciplina en casa y en el Hogar.

3. En Razon a lo anterior se Desarrollo el primer acercamiento con la acudiente frabajo de pautas y normas de disciplina en el Hogar.
Orientación Sobre la Crianza Responsable y positiva.

4. En conclusión se evidencia la necesidad de seguir trabajando Pautas de Crianza. Con la acudiente y con Juan Sebastian pautas y normas tanto para la casa, Como el colegio y manejo de emociones.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Se agenda con tiempo las Visitas y se Informara por medio telefonico.
2. Buena Disposicion y Compromiso.

NOMBRE	FIRMA
Claudia Milena Florez	Claudia Milena Florez B
Maria Camila Florez.	Maria Camila Betancur F
Juan Sebastian Florez	Juan Sebastian Betancur F.

xClaudia Florez
FIRMA
Cargo Mamá.

FIRMA
Cargo Psicologa.
Elaboró Angi Garcia: trabajadora social.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891480 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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 02-2017

CONTRATISTA: Nancy Carolina Angiolagica
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Primera Infancia Saludica
FECHA: 21 Febrero del 2026.
MUNICIPIO/LUGAR: Vereda la Palma - Virginia

Nº	TIPO DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	POBLACIÓN PREFERENCIAL INTERSECTORIAL (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS U	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	RC	1087550223	Claudia M Flore	3		X					V. la Palma	3107078955			Claudia F		
2	TI	1096 6460	Maria Camila F.	14		X					V. la Palma.	" "			Maria camila B F		
3	TI	108756 2334	Juan Sebastian F	8							V. la Palma.	" "			Juan Sebastian B		
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, 15/2/2023

Municipio:	Barrio o Vereda:	Dirección:	Ficha familiar No.
Anginica	Vereda la Palma		1

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	21	02	2026	V2				V3			

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Nancy Cardona - Anginica.		

Nombre del Jefe(a) Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° teléfono contacto
Claudia Milena Florez	Claudia Milena Florez.	310-407 85 15

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifica en la Evaluación de Riesgo y entrevista, poco límites y normas de Disciplina - Problema de conducta.
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	Baja asertividad en la crianza y manejo emocional	Orientación Familiar enfocada en fortalecer la comunicación asertiva y brindar pautas básicas para el Modelo adecuado de las emociones	X A / M / B	A / M / B	A / M / B
2			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

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Poco asertividad - Pautas y normas. Disciplina. Manejo de emociones.	- Orientación y entrega de. Pautas y normas. Disciplina. - Que es la crianza positiva. - Reflexion sobre las normas. actuales.	X A / M / B	A / M / B	A / M / B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			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: Angi Lorena Garcia
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

ACOMPAÑADO POR: Nancy Cardenas
Nombre y Apellidos
Profesión: psicologa

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 2.

Lugar: Cll 50 Nº 21-32 las Libertadores
Fecha: 24 de Febrero del 2026.
Hora: 2:00 pm.

Personas citadas: familia morales ortiz

Asistentes: Sandra Viviana Ortiz
Isaki morales Ortiz
Nancy. Carolina
Angi. Garcia B

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo
2. Desarrollo de la intervención
3. observación y analisis
4. compromiso y cierre

DESARROLLO

1. En primera instancia se brinda saludo cordial a la familia, y se explica el objetivo de la intervención, garantizando confidencialidad y participación activa.

2. Seguidamente en la identificación realizada mediante la aplicación de la ficha de caracterización, se evidenció como principal falencia, dificultades en el manejo de emociones dentro del nucleo familiar.

3. En razon a lo anterior, se desarrolla intervencion enfocada en el reconocimiento, expresion y regulacion emocional.
Durante la actividad se evidenció disposición para participar; Sin embargo, se observan dificultades en la expresion emocional.

4. Finalmente se agradece la participación y se da por finalizada la intervencion, dejando constancia de lo actuado.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. La familia se compromete a fortalecer la comunicacion y aplicar las orientaciones brindadas.
2. Participar la regulación emocional en situaciones de conflicto

NOMBRE	FIRMA
Sandra Viviana Ortiz	Viviana Ortiz O.
Iñaki morales Ortiz	Iñaki Morales
Angela Michel Morales	Angela Morales

FIRMA Viviana Ortiz
Cargo

FIRMA Angi Garcia
Cargo Trabajadora Social
Elaboró Daniela 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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 Vigencia: 05-2017

CONTRATISTA: Angi Garcia - Nancy Cardona
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada Intervención familiar
FECHA: 24 de febrero del 2026
MUNICIPIO/LUGAR: La Virginia Risaralda

Nº	TIPO DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) CONSOLIDADOS	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	PARTERA	DISCAPACITADO	DESMOVILIZADOS	MIGRANTE	HABITANTE DE CALLE	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	TERAPIAS	SSAAT	ETV	ROEDORES	SRI	SALUD AMBIENTAL	ASEGURA AFILIADO SISBEN	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	BARRIO	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	¿AUTORIZO EL USO DE DATOS? SI	NO
1	CC	42.032.200	Sandra Ortiz	40		X								X													X									X	
2	CC	1087563365	Ixaki Morales	5	X												X										X							X			
3	CC	1193532205	Angela M. Vel	24		X																					X							X			
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, 15/02/2023

Municipio:	Barrio o Vereda:	Dirección:	Ficha familiar No.
Virginia	la liberladora	Cll 5a N°-21-32.	1

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	24	02	2026	V2				V3			

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Angi Garcia-Nancy C		

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° teléfono contacto
Sandra Viviana Ortiz	Sandra Viviana Ortiz	3207419313

VISITA No.	OBSERVACIONES:
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifico en la evaluacion de Riesgo familiar: Dificultad en pautas y normas. ausencia de la figura paterna.
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	dificultades en el establecimiento de normas y limites en el hogar	Orientacion familiar dirigido a fortalecer la implementacion de normas claras, mejorar la comunicacion y promover el respeto de limites dentro del hogar	A M B	A M B	A M B
2			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

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Dificultades en el Hogar En las pautas y normas de Disciplina.	Se indaga Sobre el Refuerzo Positivo - Reflexion Sobre las pautas y normas actuales. El manejo Sobre el castigo adecuado	A M B	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			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: Vanessa Cardenas
Nombre y Apellidos
Profesion: psicologa.

ACOMPAÑADO POR: Angi Lorena 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. 2.

Lugar: Vereda la Palma- La Virginia
Fecha: 28 de Febrero del 2026.
Hora: 9:00 am.

Personas citadas: familia Silva Pineda.

Asistentes: Leidy Diana Silva
Mariana Pineda
Nancy Cardona
Angi. Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo.
2. Socialización de la intervención.
3. Realización de la actividad.
4. Cierre

DESARROLLO

1. Se da inicio con un Gran Saludo a la familia, agradeciendo la disposición.
Las Profesionales contextualizan a la familia sobre el objetivo y alcance de la intervencion.

2. De acuerdo con el seguimiento de los resultados arrojados de la ficha familiar, se identifica la necesidad de fortalecer el área fonológica de la menor, especialmente en la correcta articulación y reconocimiento de fonemas. Asimismo se orienta a la familia sobre pautas de crianza, enfatizando en el refuerso positivo

3. Seguidamente, se desarrolla la actividad denominada "refuerzo de fonema". mediante ejercicios de repeticion, Ademas, se brindan estrategias practicas para su implementacion en el entorno familiar.

4. finalmente, se formulan recomendaciones para dar continuidad al proceso en el hogar; así mismo, se establecen compromisos y se acuerda seguimiento para evaluar los avences evendiciados.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. la familia realizará de manera constante ejeracios de refuerzo fonológico en casa.
2. El equipo Profesional efectuará seguimiento al proceso.

NOMBRE	FIRMA
Leidy Diana Silva R	Leidy Diana Silva
mariana Pineda Silva	Mariana P

Leidy Diana Silva
FIRMA
Cargo

FIRMA Angi García
Cargo Trabajadora Social
Elaboró Nancy Cadena
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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 02-2017

CONTRATISTA: Nancy Cordona - Angi Coacica
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Educación Familiar
FECHA:
MUNICIPIO/LUGAR: la Virginia - Risaralda

No	TIP DOC	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	F	LGTBI	FORMACIÓN PERIÓDICA/RESPUESTA/CONDICIÓN: DISCAPACIDAD	GESTANTE	LACTANCIA MATERNA	BAJO PESO	ROJAS	ROJAS CAUSA DEL	MENOR DE 5 AÑOS	MIGRANTE	DESPLAZADO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C.V.D.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ITS/VIH	SOBREPESO	18-59	SALUD MENTAL Y VIOLENCIA	ASISTIRÁ / ASISTIÓ: INVITADO	CONVOCADO	OTRO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA: U	R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
1	CC	1.087 558023	Katerine Murillo	30		X																				X				Cra 21 # 3-27	3105346651	X		Katerine Murillo	X	
2	RC	108756 361.	Laurent Puerta	4		X																				X				Cra 21 N° 3-27	3105346651	X		Laurent Puerta	X	
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 13/3/2023

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha Familiar No.
Virginia	Los Libertadores.	Cra 2. Nº 3-27	1.

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	16	02	2023	V2				V3			

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

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	Nº teléfono contacto
Katerine Murillo M.	Katerine Murillo Maeda	

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se identifico en la Evaluacion de Riesgo Intervenida. Alter. ausencia de la figura Paterna - Manejo de normas. Ansiedad.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ausencia parental y dificultades en el manejo de emociones	Orientacion familiar enfocada en fortalecer el acompañamiento parental y brindar herramientas para el manejo adecuado de las emociones	X A / M / B	A / M / B	A / M / B
2			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

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Ausencia de la figura Paterna/ manejo de emociones	Expresion de las emociones. - Fortalecimiento de la emociones. Orientacion Pautas y normas	X A / M / B	A / M / B	A / M / B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			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: Nancy Cardona
Nombre y Apellidos
Profesión: psicologa-

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

SALUD MENTAL A SU CASA DOSQUEBRADAS

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08 2017

CONTRATISTA: Natalia Ramírez H - Natalia Arias
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización
FECHA: 10-08-2026
MUNICIPIO/LUGAR: Dosgebradas - Vereda Naranjales

#	TIPO DOC.	NRO. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA SUSCEPTIBLE (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURA (RÉGIMEN)	CUPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	RTI	1004998877	Yorgely Beamont P	30	X					X	Asmetsalud	Vereda Naranjales Sector Santa Ana	3170773998		X	YorgelyB	X	
2	PTI	1040598770	Alice Isabel Florez B	7	X					X	Asmetsalud	Vereda Naranjales Sector Santa Ana	3170773998		X	YorgelyB	X	
3	PTI	1093393461	Evans Daniel Florez B	6	X					X	Asmetsalud	Vereda Naranjales Sector Santa Ana	3170773998		X	YorgelyB	X	
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10			--															

OBSERVACIONES:

HOMERIS ESE 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		

Dsoquebradas, Fecha 10/02/2026

Yo, Yorgeily Beamont mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1092877 actuando en nombre la familia: Florez Beamont de la vereda Naranjales Dosquebradas; 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: 3170773998

Nombre de la persona que firma el consentimiento:
Yorgeily Beamont

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:
Natalia Arias

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. 1

Lugar: Vereda Naranjales Dosquebradas
Fecha: 10-02-2026
Hora: 8:00am

Personas citadas:
Yorgelis Beamont / Natalia Arias
Alice Isabel Florez / Natalia Ramirez
Evans Daniel Florez
Asistentes:
Yorgelis Beamont / Natalia Arias
Alice Isabel Florez / Natalia Ramirez
Evans Daniel florez

ORDEN DEL DÍA
1. Presentación
2. Socialización
3. Registro Intervención de Riesgo Psicologico
4. Compromisos y finalización reunión.

DESARROLLO

1. Presentación equipo psicosocial con la familia.

2. Se socializó Proceso Psicosocial a trabajar en la cual se le explico a la familia el paso a paso del programa y los aspectos a trabajar.

Scanned with CamScanner

3. Se realizaron las preguntas correspondientes al registro de intervención de riesgo psicologico a fin de identificar las problematicas a trabajar.

4. El equipo psicosocial se comprometio a realizar la segunda visita el mes de febrero. Por su parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Proxima visita mes de febrero

2.

NOMBRE	FIRMA
Yorgeily Beamont	
Allice Isabel Florez	Allice Isabel Flores
Evans Daniel Florez	Evans Doniel Flores

FIRMA
Cargo Representante de la familia

FIRMA Natalia Arias
Cargo Trabajadora Social
Elaboró Natalia Ramirez H
Psicóloga

Gobernación de Risaralda. NIT. 891480 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

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

Familia Flores Beamont

	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	3		
	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	2	
	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 familiar 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	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/cuales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	NO		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	Si		
	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	Si		
	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	0	
	Involucramiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	1 2 3 4		
	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 0		

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	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 vez 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	

Table 1: Puntos de corte para la clasificación de la inseguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la inseguridad 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 vaxz 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: Natalia Ramirez
Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa

ACOMPAÑADO POR: Natalia Arias
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

RISARALDA

HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08 2017

CONTRATISTA: Natalia Ramirez H - Natalia Arias

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización

FECHA: 10-02-2026

MUNICIPIO/LUGAR: Pegue brados - Aurora Alta

#	TIPO DOC	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA MENCIONADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO CONTRIBUTIVO	ASEGURAMIENTO SUBSIDIADO	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	30238498	Claudia Liliana Lopez	43	X			VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO		X		Salud Total	Cra 21B # 11B-24	3206873819	X		Claudia López	X	
2	TI	1089613310	Valentina Diaz lopez	14	X					X		Salud Total	Cra 21B #11B-24	3206873819	X		Valentina Vale	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		

Dsoquebradas, Fecha 10-02-2026

Yo, Claudia liliana lopez mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 30232419 actuando en nombre la familia: Diaz lopez, de la vereda Barrio Aurora Alta Dosquebradas; 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: 3206873819

Nombre de la persona que firma el consentimiento:
Claudia liliana lopez.

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:
Natalia Arias

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. 1

Lugar: Barrio la Aurora Alta Dosquebradas
Fecha: 10-02-2026
Hora: 2:00pm

Personas citadas:
Claudia liliana lopez / Natalia Arias
Valentina Diaz lopez / Natalia Ramirez

Asistentes:
Claudia liliana lopez / Natalia Arias
Valentina Diaz lopez / Natalia Ramirez

ORDEN DEL DÍA
1. Presentación
2. Socialización
3. Registro Intervención de riesgo Psicologico
4. Compromisos y Finalización reunión

DESARROLLO

1. Presentación equipo Psicosocial con la familia.

2. Se socializó Proceso Psicosocial a trabajar en la cual se le explico a la familia el Paso a Paso del Programa y los aspectos a trabajar.

Scanned with CamScanner

3. Se realizaron las preguntas correspondientes al registro de intervención de riesgo psicologico a fin de identificar las problematicas a trabajar.

4. El equipo Psicosocial se comprometio a realizar la segunda visita el mes de febrero. Por su parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Proxima visita mes de febrero.

2.

NOMBRE	FIRMA
Claudia liliana lopez	Claudia Liliana López
Valentina Diaz lopez	Valentina Diaz López

FIRMA Claudia Liliana López
Cargo Representante Familia

FIRMA Natalia Arias
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

Scanned with CamScanner

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

Familia Diaz lopez

	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, persona 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	2	
	La relacion familiar 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	
	Resolucion 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	0	
	Alguien de la familia Consume sustancias psicoactivas?	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 3 NO=Riesgo 0	3	

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	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 familiar?	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 remetas 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		
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO			
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO			
	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	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	3	
	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	
	Involucramiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	1 2 3		
	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	0	
	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 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	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	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	3	
	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	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 vezz 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 inseguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la inseguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solo por menores de edad.	0	1 a 5	6 a 9	10 a 14
Hogares integrados por menores adultos y mayores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 14

Scanned with CamScanner

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a algun 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 comio 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: Natalia Ramirez
Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa

ACOMPAÑADO POR: Natalia Arias
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

Scanned with CamScanner

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: Natalia Ramírez H - Natalia Arias
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización
FECHA: 14-02-2026
MUNICIPIO/LUGAR: Pasquebrados - El Japon - La Eucarina

No.	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA: CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MADRE COMUNITARIA	DESMOVILIZADOS	GESTANTES	MITOCIO	OTRO	PAI	C.T.D.	SALUD BUCAL	ESE	ETV	ZOONOSIS	SI-VIGILA	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASISTIRA: SI	ASISTIRA: NO	ASISTIRA: CONSENTIDO	ASISTIRA: OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO
1	CC	29160030	Johana Silva	40	X									X															X	Salud Total	La Eucarina Cra 29 #9-03	3217422168	X		Johana Silva	X	
2	TI	1089626040	Beatriz Elena Montes G	10	X																								X	Salud Total	La Eucarina Cra 29 #9-03	3217422168	X		Beatriz	X	
3	RC	1089633076	Jeronimo Montes Gonzalez	6	X																								X	Salud Total	La Eucarina Cra 29 # 9-03	3217422168	X		Jeronimo	X	
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

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		

Dsoquebradas, Fecha 14 de Febrero del 2026

Yo, Johana Silva mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 29160030 actuando en nombre la familia: Montes Gonzalez, de la vereda Barrio El Japon; 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: 3217422168

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

Johana Silva.

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:
Natalia Arias

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

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. 1

Lugar: Barrio El Japón Dosquebradas
Fecha: 14/02/2026
Hora: 4:30 pm

Personas citadas:
Johana Silva
Beatriz Montes
Jeronimo Montes / Natalia Arias / Natalia Ramirez

Asistentes:
Johana Silva
Beatriz Montes
Jeronimo Montes / Natalia Arias / Natalia Ramirez

ORDEN DEL DÍA
1. Presentación
2. Socialización
3. Registro intervención de riesgo Psicologico
4. Compromisos y finalización reunión.

DESARROLLO

1. Presentación equipo Psicosocial con la Familia.

2. Se socializó proceso Psicosocial a trabajar en la cual se le explico a la familia el paso a paso del Programa y los aspectos a trabajar.

Scanned with CamScanner

3. Se realizaron las preguntas correspondientes al registro de riesgo psicologico a fin de identificar las problematicas a trabajar.

4. El equipo Psicosocial se comprometio a realizar la segunda visita el mes de Febrero. Por su parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Proxima visita mes de Febrero

2.

NOMBRE	FIRMA
Johana Silva	Johana Silva
Beatriz Montes	Beatriz Elena
Jeronimo Montes	Jeronimo Montes

FIRMA Johana Silva.
Cargo Representante familia

FIRMA Natalia Arias
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

Scanned with CamScanner

FICHA FAMILIAR APS

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

familia Montes Gonzalez.

	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	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	0	
	¿Cual 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 famika	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 familiar es?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	1: Riesgo 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	2	
	Resolucion 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	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	

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	3	
	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	0	
	Algun 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/cuales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	NO		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	SI		
	el cuidado en la adolescencia	1: SI 2: NO	NO		
	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	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	3	
	Utiliza pautas de crianza asociadas a costumbres	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Normas y limites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucramiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	1 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	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	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 Trastornos 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	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 comio una vez al dia o dejo de comer todo un dia?	1: SI 1: 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	

Table 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 5	6 a 9	10 a [illegible]
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 13	14 a 15

Scanned with CamScanner

	Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a algun 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 comio 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: Natalia Ramirez
Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa

ACOMPAÑADO POR: Natalia Arias
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

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: Natalia Ramírez H - Natalia Arias
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización
FECHA: 10-02-2026
MUNICIPIO/LUGAR: Dosquebradas - Vereda Naranjales

#	TIPO DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGBTI	POBLACIÓN PRIORITARIA GESTACIONANTE	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFRO/RAIZAL/ROM	DISCAPACIDAD	ROM	MADRE COMUNITARIA	HABITANTE DE CALLE	MIGRANTE	RECICLADOR	SALUD MENTAL	PROGRAMAS PYP	SALUD BUCAL	SALUD VISUAL	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	ESE	ESCOLARES	SSR	SALUD VISUAL ALTERACIÓN AGUDEZA	ASEGURAMIENTO SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	RTH	1004998877	Yorgeily Beamont A	30	X										X													X		Asmetsalud	Vereda Naranjales Sector Santa Ana	3170773998		X	Yorgeily B	X	
2	PT	1006405870	Alice Isabel Florez B	7	X																							X		Asmetsalud	Vereda Naranjales Sector Santa Ana	3170773998		X	Yorgeily B	X	
3	PT	1006398461	Evans Daniel Florez B	6	X																							X		Asmetsalud	Vereda Naranjales Sector Santa Ana	3170773998		X	Yorgeily B	X	
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		

Dsoquebradas, Fecha 10/02/2026

Yo, Yargeily Beamont mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 49928 77 actuando en nombre la familia: Florez Beamont, de la vereda Naranjales Dosquebradas; 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: 3170773998

Nombre de la persona que firma el consentimiento:
Yargeily Beamont

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:
Natalia Arias

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

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. 1

Lugar: Vereda Naranjales Dosquebradas
Fecha: 10-02-2026
Hora: 8:00am

Personas citadas:
Yorgeily Beamont
Allice Isabel Florez
Evans Daniel Florez
/ Natalia Arias
Natalia Ramirez

Asistentes:
Yorgeily Beamont
Allice Isabel Florez
Evans Daniel Florez
/ Natalia Arias
Natalia Ramirez

ORDEN DEL DÍA
1. Presentación
2. Socialización
3. Registro Intervención de Riesgo Psicologico
4. Compromisos y finalización reunión.

DESARROLLO

1. Presentación equipo psicosocial con la familia.

2. Se socializó Proceso Psicosocial a trabajar en la cual se le explico a la familia el paso a paso del programa y los aspectos a trabajar.

Scanned with CamScanner

3. Se realizaron las preguntas correspondientes al registro de intervención de riesgo psicologico a fin de identificar las problematicas a trabajar.

4. El equipo psicosocial se comprometio a realizar la segunda visita el mes de febrero. Por su parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Proxima visita mes de febrero

2.

NOMBRE	FIRMA
Yorgeily Beamont	
Allice Isabel Florez	Allice Isabel Flores
Evans Daniel florez	Evans Doniel Flores

FIRMA
Cargo Representante de la familia

FIRMA Natalia Arias
Cargo Trabajadora Social
Elaboró Natalia Ramirez H
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

Scanned with CamScanner

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

Familia Flores Beamont

	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	3		
	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	2	
	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 familiar 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	

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	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/cuales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	NO		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	Si		
	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	Si		
	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 limites	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3	0	
	Involucramiento parental	1: Padre 2:Madre 3: Abuelos 4: Tios 5:hermanos 6: otros.	1 2 3 4		
	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 0		

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	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 inseguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la inseguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
1) hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 5	6 a 9	7 a 8
2) 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 algun 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: Natalia Ramirez
Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa

ACOMPAÑADO POR: Natalia Arias
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 09-2017

CONTRATISTA: Natalia Ramírez H - Natalia Arias
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización
FECHA: 11-02-2026
MUNICIPIO/LUGAR: Dosquebradas - Vereda Naranjales

#	TIPO DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA: GESTANTE	POBLACIÓN PRIORITARIA: VICTIMA	POBLACIÓN PRIORITARIA: ADULTO MAYOR	POBLACIÓN PRIORITARIA: INDIGENA	POBLACIÓN PRIORITARIA: DISCAPACIDAD	POBLACIÓN PRIORITARIA: DESPLAZADO	POBLACIÓN PRIORITARIA: HABITANTE DE CALLE	POBLACIÓN PRIORITARIA: NINGUNA	PROGRAMA: ETV	PROGRAMA: MATERNO PERINATAL	PROGRAMA: S.S.A.N.	PROGRAMA: ETS	PROGRAMA: ZOONOSIS	PROGRAMA: SALUD INFANTIL	PROGRAMA: SALUD MENTAL	ENCUESTA MIGRO: APLICA	ENCUESTA MIGRO: NO APLICA	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	PARA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO
1	CC	1033768613	Geydy Gonzalez	31		X									X									X	SOS	Vereda Naranjales	3232008870		X	Geydy	X	
2	RC	1089641896	Eimy Lotero Gonzalez	5	X										X									X	SOS	Vereda Naranjales	323 2008870		X	Geydy	X	
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																

OBSERVACIONES:

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		

Dsoquebradas, Fecha 11-02-2026

Yo, Geydy Gonzalez mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1033768613 actuando en nombre la familia: Loteyo Gonzalez, de la vereda Naranjales; 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: 3232008870

Nombre de la persona que firma el consentimiento:

Geydy Gonzalez

Nombre del funcionario que explica el consentimiento:
Natalia Arias

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. 1

Lugar: Vereda Naranjales Dosquebradas
Fecha: 11-02-2026
Hora: 8:00 am

Personas citadas:
Geydy Gonzalez / Natalia Arias
Eimy Lotero Gonzalez / Natalia Ramirez

Asistentes:
Geydy Gonzalez / Natalia Arias
Eimy Lotero Gonzalez / Natalia Ramirez

ORDEN DEL DÍA
1. Presentación
2. Socialización
3. Registro de Intervención de Riesgo Psicologico
4. Compromisos y finalización reunión.

DESARROLLO

1. Presentación equipo Psicosocial con la familia.

2. Se Socializo Proceso Psicosocial a trabajar en la Cual se le explico a la familia el Paso a Paso del Programa y los aspectos a trabajar.

Scanned with CamScanner

3. Se realizaron las Preguntas correspondientes al registro de intervención de riesgo psicologico a fin de identificar las Problematicas a trabajar.

4. El equipo psicosocial se comprometio a realizar la segunda visita el mes de febrero. Por su parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Proxima visita mes de febrero.

2.

NOMBRE	FIRMA
Geydy Gonzalez	Geydy Gontalet
Elmy Lotero Gonzalez	Elmy Lotero

FIRMA Geydy Gontalet
Cargo

FIRMA Natalia Arias
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

Scanned with CamScanner

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

REGISTRO DE INTERVENCIÓN DE RIESGO PSICOLÓGICO

familia lotero Gonzalez

	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	3		
	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	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 familar 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	
	Resolucion 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	

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	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/cuales	1: SI 2: NO	SI=Riesgo 0 No=Riesgo 3		
	el cuidado en la primera infancia	1: SI 2: NO	NO		
	el cuidado en la infancia	1: SI 2: NO	SI		
	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	SI		
	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	0	
	Normas y limites	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 2 3 4		
	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 fisica	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 0		

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 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 vez 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 inseguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Clasificación de la inseguridad 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	[illegible]	[illegible]

Scanned with CamScanner

Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comida a algun 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 comio 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: Natalia Ramirez
Nombre y Apellidos
Profesión: Psicologa

ACOMPAÑADO POR: Natalia Arias
Nombre y Apellidos
Profesión: Trabajadora Social

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA — HOMERIS

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Natalia Ramírez H — Nicolle Arias
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Primera Intervención
FECHA: 18-02-2026
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico - El Japón.

#	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO INTER	POBLACIÓN PRIORITARIA SEÑALIZADA (CONDICIÓN)	PROGRAMA	ASEGURAMIENTO	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	33819289	Ana Milena Soto	46	X			X		X	Asmetsalud	Cra 22A #7-29	3153490931			Milena Soto		"
2	TI	1089618582	Joshua García S	12	X					X	Asmetsalud	Cra 22A #7-29	3153490931	X		Joshua		
3	TI	1088933999	Isabella García Soto	14	X					X	Asmetsalud	Cra 22A #7-29	3153490931	X		Isabella		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

OBSERVACIONES:

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. 2

Lugar: Barrio el Japón Dosquebradas
Fecha: 18/02/2026
Hora: 10:00 AM

Personas citadas:
Ana Milena Soto / Natalia Arias
Joshua Garcia / Natalia Ramirez
Isabella Garcia.

Asistentes:
Ana Milena Soto / Natalia Arias
Joshua Garcia / Natalia Ramirez
Isabella Garcia.

ORDEN DEL DÍA
1. Socialización actividades
2. Ejecución actividades
3. Conclusiones
4. Compromisos y finalización reunión.

DESARROLLO

1. Se socializarón las actividades a trabajar en la segunda visita, tanto la Psicologa como la Trabajadora Social explicarón las funciones que se llevarian a cabo.

2. Se realizarón las actividades correspondientes, en el caso de la Psicologa llevo a cabo entrevista con el objetivo de conocer más a fondo la situación familiar, en el caso de la Trabajadora Social realizó la actividad "Nuestro Arbol, Nuestra historia" con el objetivo de fortalecer la comunicación familiar, resignificar experiencias dificiles y reconocer recursos protectores dentro del sistema familiar.

Scanned with CamScanner

3. 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 el fortalecimiento del bienestar integral de todos los miembros de la familia.

4. El equipo psicosocial se comprometio a realizar la tercera visita el mes de marzo. Por otra parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tercera visita/mes de marzo

2.

NOMBRE	FIRMA
Ana milena soto	[signature]
Joshua garcia	x Joshua garcia soto
Isabella garcia	x Isabella Garcia Soto

FIRMA [signature]
Cargo Representante familia

FIRMA Natalia Arias
Cargo Trabajadora Social
Elaboró Natalia Ramirez H
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

Scanned with CamScanner

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas - PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 16/6/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Dosquebradas	El Japon	Cra 22A # 7-29	1

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	18	02	2026	V2				V3			

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Natalia Arias G Natalia Ramirez H		

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Ana Milena Soto	Ana Milena Soto	3115390931

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se fomento la importancia de fortalecer vinculos parentales; Sana convivencia.
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	Fortalecer identidad, Autoestima y Sentido de proyecto personal.	"Nuestro Arbol; nuestra historia" Identificación de factores protectores, Construcción Inicial del proyecto de vida.	A M B	A M B	A M B
2			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

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Fortalecer Vinculos Parentales	fortalecimiento de vinculos parentales, tiempo de calidad y conexión, comunicación y afectividad, creación de rutinas, disciplina positiva, validaciones y límites. Promover una adecuada convivencia familiar fomentar la importancia de las pautas de crianza límites, normas.	B M B	B M B	B M B

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 19/01/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Dosquebradas	Aurora Alta	Cra 12B #116-84	1

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	19	02	2026	V2				V3			

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Natalia Arias Natalia Ramirez Hurtado		

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Claudia Liliana lopez	Claudia Liliana lopez	3206873819.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Setomento la importancia de fortalecer vinculos parentales, sana convivencia.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	fortalecer identidad, Autoestima. y Sentido de proyecto personal.	Identificacion de factores. protectores. construccion inicial del proyecto de vida.			
2					
3					
4					

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	fortalecer vinculos parentales	fortalecimiento de vinculos parentales, tiempo de calidad y conexión, Comunicacion y afecto creacion de rutinas, disciplina. positiva validacion e interes. Promover una adecuada convivencia fomentar la importancia de los pautes de crianza.			

3. 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 el fortalecimiento del bienestar integral de todos los miembros de la familia.

4. El equipo Psicosocial se comprometio a realizar la tercera visita el mes de marzo. Por otra parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tercera visita /mes de marzo

2.

NOMBRE	FIRMA
Claudia liliana lopez	*Claudia Liliana López
Valentina Diaz lopez	*Valentina Diaz Lopez

FIRMA *Claudia Liliana López
Cargo Representante familia.

FIRMA Natalia Arias
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

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Natalia Ramirez H - Natalia Arias
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Primera Intervencion
FECHA: 20 02-2018
MUNICIPIO/LUGAR: Desplazados. el Japon

#	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	DESPLAZADOS	MIGRANTES	MOTIVO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD BUCAL Y MATERNA	ERA	ETV	ZOONOSIS	SS-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	CC	1088324448	Johana A Mendez	31		X								X														X		Nueva EPS	C119 # 20-07	3007598003	X		Johana Mendez		"
2	TI	1088339458	Danna Isabella Blanco	12	X																								X	Nueva EPS	C119 # 20-07	3007598003	X		Danna Blanco		
3	CC	1089607355	Jose Orlando Blanco	35	X																								X	Salud Total	C119 # 20-07	3007598003	X		Jose Blanco		
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 2

Lugar: Barrio el Japón Dosquebradas
Fecha: 20/02/2026
Hora: 3:30 PM

Personas citadas:
Johana Mendez
Danna Isabella Blanco / Natalia Arias
Natalia Ramirez

Asistentes:
Johana Mendez
Danna Isabella Blanco / Natalia Arias
Natalia Ramirez

ORDEN DEL DÍA
1. Presentación
2. Socialización
3. Registro Intervención de riesgo Psicologico
4. Compromisos y Finalización reunión.

DESARROLLO

1. Se socializaron las actividades a trabajar en la segunda visita, tanto la Psicologa como la Trabajadora Social explicaron las funciones que se llevarian a cabo.

2. Se realizaron las actividades correspondientes, en el caso de la Psicologa realizó entrevista con el objetivo de conocer más a fondo la situación familiar, en el caso de la Trabajadora Social llevo a cabo la actividad "Nuestro Arbol, Nuestra Historia" con el objetivo de fortalecer la comunicación familiar, resignificar experiencias dificiles y reconocer recursos protectores dentro del sistema familiar.

Scanned with CamScanner

3. 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 el fortalecimiento del bienestar integral de todos los miembros de la familia.

4. El equipo Psicosocial se comprometio a realizar la tercera visita el mes de marzo. por otra parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tercera visita /mes de marzo.
2.

NOMBRE	FIRMA
Johana Mendez	Johana A Mendez
Danna Isabella Blanco	Danna Blanco
Jose Blanco	Jose Blanco

FIRMA Johana A. Mendez
Cargo Representante Familia

FIRMA Natalia Arias
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

Scanned with CamScanner

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Version 2, 16/6/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Quebradas	El Japon	C119 # 20-07	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	20	02	2026	V2				V3			

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Natalia Arias Natalia Ramirez H		

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Johana Mendez	Johana Mendez.	3007592003

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se fomento la importancia de fortalecer vinculos parentales; Sana convivencia.
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	Fortalecer identidad, Autoestima y Sentido de proyecto personal.	"Nuestro Arbol; nuestra historia" Identificación de factores protectores, construcción inicial del proyecto de vida.	A M B	A M B	A M B
2			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

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Fortalecer Vinculos Parentales	Fortalecimiento de vinculos parentales, tiempo de calidad y conexión, comunicación y afectividad. Creación de rutinas, disciplina positiva, validación y límites. Promover una adecuada convivencia familiar fomentar la importancia de las pautas de crianza límites, normas.	A M B	A M B	A M B

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 06-2017

CONTRATISTA: Natalia Ramirez H – Natalia Arias
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Primera Intervención familiar
FECHA: 23-02-2016
MUNICIPIO/LUGAR: Desguabadas - San Gregorio

#	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGBTIQ	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	PERSONA	ADULTO MAYOR	ESCOLARES	NIÑOS	MUJER GESTANTE	MUJER LACTANTE	MUJER EN INTERVENCIÓN	MADRE COMUNITARIA	MATERNO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CRED	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ERA	ETV	ZOONOSIS	IRA	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO
1	NR	56905 85	Genesis Rola Perez	12		X										X													X	Salud Total	C 11 28 6-16	3027288744	x		Genesis P.	x	"
2	CC	56205 10	Jose perezo R	46	x																								x	Salud Total	C 11 28 6-16	3027288744	x			x	
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

OBSERVACIONES:

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. 2

Lugar: Barrio San Gregorio Dosquebradas
Fecha: 23/02/2026
Hora: 9:00 AM

Personas citadas:
Genesis Paola Perozo / Natalia Arias
Jose Perozo / Natalia Ramirez

Asistentes:
Genesis Paola Perozo / Natalia Arias
Jose Perozo / Natalia Ramirez

ORDEN DEL DÍA
1. Socialización actividades
2. Ejecución actividades
3. Conclusiones
4. Compromisos y finalización reunión.

DESARROLLO

1. Se socializaron las actividades a trabajar en la segunda visita, tanto la Psicologa como la Trabajadora Social explicaron las funciones que se llevarian a cabo.

2. Se llevaron a cabo las actividades correspondientes, en el caso de la Psicologa realizó entrevista a fin de conocer más a fondo las situaciones familiares e individuales, en el caso de la Trabajadora Social realizó la actividad "El árbol de quién soy" con el objetivo de fortalecer identidad, autoestima y sentido de proyecto personal, diferenciando al adolescente de las dificultades de su entorno.

Scanned with CamScanner

3. 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 el fortalecimiento del bienestar integral de todos los miembros de la familia.

4. El equipo Psicosocial se comprometio a realizar la tercera visita el mes de marzo. Por otra parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tercera visita / mes de marzo.

2.

NOMBRE	FIRMA
Genesis Paola Perozo	Génesis. Paola. Perozo
Jose Perozo	Jose PEROZO

FIRMA
Cargo Representante familia

FIRMA Natalia Arias
Cargo Trabajadora Social

Elaboró Natalia Ramirez H
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

Scanned with CamScanner

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 2, 16/0/2023

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Pueblo Rico	San Gregorio	Cll 28 # 6-16	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	23	02	2026	V2				V3			

Responsable visita 1:	Responsable visita 2:	Responsable visita 3:
Natalia Arias Natalia Ramirez H		

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Jose Perozo	Jose Perozo	3027287744

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se fomento la importancia de fortalecer vinculos parentales; Sana convivencia.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Fortalecer identidad, Autoestima y Sentido de proyecto personal.	"Nuestro Arbol; nuestra historia" Identificación de factores protectores, construcción inicial del proyecto de vida.	A M	A M	A M
2			A M	A M	A M
3			A M	A M	A M
4			A M	A M	A M

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	fortalecer vinculos parentales	fortalecimiento de vinculos parentales, tiempo de calidad y conexión, comunicación y afectoxiación de rutinas, disciplina positiva, validación y interes. Promover una adecuada convivencia familiar fomentar la importancia de las pautas de crianza limites, normas.	M	M	M

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

RISARALDA — HOMERIS

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

CONTRATISTA: Natalia Ramirez H - Natalia Arias
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Primera Intervencion
FECHA: 25-02-2026
MUNICIPIO/LUGAR: Dosquebradas - Frailes

Ítem	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA DEMOSTRADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	HOSPITAL	AFRODESCENDIENTE	INDÍGENA	ROM	MADRE GESTANTE DE 14 A 28	HOSPITALIZADO	MIGRANTE	DESPLAZADO	OTRO	PROGRAMA: PYP	C.Y.D.	SALUD BUCAL Y PERIODONTAL	V.E.S.T.	T.V.	ZOONOSIS	S.M.S.O.	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURA DIRECTO: RPMS	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	1004668868	Carolina Arroyave	24		X								X													X			Asmetsalud	MZE CS12 Frailes	3007824564	X		Carolina Arroyave	X	
2	MC	1087911878	Maria Angel Soto Arroyo	5		X																					X			Asmetsalud	MZE C12 Frailes	3007824564	X		Carolina Arroyave		
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

OBSERVACIONES:

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.2

Lugar: Frailes - Alvaro Patiño 1 Dosquebradas
Fecha: 25/02/2026
Hora: 3:30 Pm

Personas citadas:
Carolina Arroyave / Natalia Arias
Maria Angel Soto / Natalia Ramirez

Asistentes:
Carolina Arroyave / Natalia Arias
Maria Angel Soto / Natalia Ramirez

ORDEN DEL DÍA
1. Socialización actividades
2. Ejecución actividades
3. Conclusiones
4. Compromisos y finalización reunión.

DESARROLLO

1. Se socializarón las actividades a trabajar en la segunda visita, tanto la Psicologa como la Trabajadora Social explicarón las funciones que se llevarian a cabo.

2. Se llevarón a cabo las actividades correspondientes, en el caso de la psicologa realizó entrevista a fin de conocer más a fondo las situaciones familiares e individuales, en el caso de la Trabajadora Social realizó la actividad "el monstruo de colores y mis emociones" con el objetivo de favorecer la identificación y expresión emocional, fortaleciendo habilidades basicas de regulación.

Scanned with CamScanner

3. 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 el fortalecimiento del bienestar integral de todos los miembros de la familia.

4. El equipo psicosocial se comprometió a realizar la tercera visita el mes de marzo. Por otra parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tercera visita/mes de marzo

2.

NOMBRE	FIRMA
Carolina Arroyave	CarolinaArroyaveC
Maria Angel Soto	Maria Angel Soto

FIRMA Carolina Arroyave C.
Cargo Representante Familia.

Elaboró
FIRMA Natalia Arias
Cargo Trabajadora Social
Natalia Ramírez H
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

Scanned with CamScanner

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas - PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Version 2, 18/01/2023

Municipio:	Barrio o Veredo:	Dirección:	Ficha familiar No.
Dosquebradas	Frailes	Mz E CS12	1

	DIA	MES	AÑO
V1	25	02	2026
V2			
V3			

Responsable visita 1: Natalia Ramirez H / Natalia Arias

Responsable visita 2:

Responsable visita 3:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Carolina Arroyave	Carolina Arroyave	3007824564

OBSERVACIONES

VISITA No.	
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se fomento la importancia de fortalecer vinculos parentales y la sana convivencia
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	favorecer la Identificación y expresión emocional	"El monstruo de los colores. y mis emociones", fortalecimiento de habilidades basicas de regulación.			
2					
3					
4					

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	fortalecer vinculos parentales.	fortalecimiento de vinculos parentales, tiempo de calidad y conexión, comunicación y afecto, creación de rutinas, disciplina positiva, validación y interes Promover una adecuada convivencia familiar fomentar la importancia de las pautas de crianza, limites, normas.			

Scanned with CamScanner

GOBERNACIÓN DE RISARALDA — HOMERIS

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 05-2017

CONTRATISTA: Natalia Ramirez H - Natalia Arias
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Primera Intervencion Familiar
FECHA: 26-02-2026
MUNICIPIO/LUGAR: Desguabradas - La Eucarina

ID	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) CONTRIBUYENTE	VICTIMA	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	DISCAPACITADO	ROM	MUJER GESTANTE	HOMBRES	MUJERES	MENOR	ADULTO MAYOR	OTRO	PROGRAMA PIC	C.T.D.	MADRES GESTANTES Y LACTANTES	V.C.M.T.	ETV	ZOONOSIS	SALUD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ASEGURAMIENTO PARA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	29160030	Johana Silva	40		X							X																X		Salud Total	La Eucarina Cra 29 #9-03 La Eucarina	3217422168		X	Johana Silva	X	
2	TI	1089686040	Beatriz E Montes	10		X																							X		Salud Total	La Eucarina Cra 29 #9-03 La Eucarina	3217422168		X	Beatriz	X	
3	RC	1089638046	Jeronimo Montes Gonzalez	6		X																							X		Salud Total	La Eucarina Cra 29 #9-03	3217422168		X	Jeronimo	X	
4																																				J		
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

HOMERIS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
ACTA DE REUNIÓN

NOMBRE DEL COMITÉ / REUNIÓN

ACTA No. 2

Lugar: Barrio El Jazmín Dosquebradas
Fecha: 26/02/2026
Hora: 2:00 Pm

Personas citadas:
Johana Silva
Beatriz Montes
Jeronimo Montes / Natalia Arias / Natalia Ramirez

Asistentes:
Johana Silva
Beatriz Montes
Jeronimo Montes / Natalia Arias / Natalia Ramirez

ORDEN DEL DÍA
1. Socialización actividades
2. Ejecución actividades
3. Conclusiones
4. Compromisos y finalización reunión.

DESARROLLO

1. Se socializaron las actividades a trabajar en la segunda visita, tanto la Psicologa como la Trabajadora Social explicaron las funciones que se llevarian a cabo.

2. Se llevaron a cabo las actividades correspondientes, en el caso de la psicologa realizó entrevista a fin de conocer más a fondo las situaciones familiares e individuales, en el caso de la Trabajadora Social realizó la actividad "el monstruo de colores y mis emociones" con el objetivo de favorecer la identificación y expresión emocional, fortaleciendo habilidades basicas de regulación.

Scanned with CamScanner

3. 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 el fortalecimiento del bienestar integral de todos los miembros de la familia.

4. El equipo psicosocial se comprometio a realizar la tercera visita el mes de marzo. Por otra parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tercera visita/mes de marzo.

2.

NOMBRE	FIRMA
Johana Silva	*Johana Silva.
Beatriz Montes	*Beatriz Elena.
Jeronimo Montes	*Jeronimo-Montes-Silva

FIRMA *Johana Silva.
Cargo Representante Familia.

FIRMA Natalia Arias
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

Scanned with CamScanner

FICHA FAMILIAR APS

Secretaria de Salud Departamental de Risaralda

Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2023

HOJA REGISTRO PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Version 2, 15/6/2023

Municipio:	Barrio o Vereda:	Dirección:	Ficha familiar No.
Dosquebradas	El Jagan	La Eucarina Cra 29 # 9-03	1

	DIA	MES	AÑO
V1	26	05	2026
V2			
V3			

Responsable visita 1: Natalia Arias G / Natalia Ramirez H

Responsable visita 2:

Responsable visita 3:

Nombre del Jefe del Hogar: Johana Silva

Nombre de quién recibe la visita: Johana Silva

N° telefono contacto: 3217428168

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se fomento la importancia de fortalecer vinculos Parentales.
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	favorecer la identificacion y expresion emocional.	"El monstruo de colores y mis emociones" fortaleciendo habilidades basicas de regulacion.	A M B	A M B	A M B
2			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

CUIDADO POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	fortalecer vinculos parentales	fortalecimiento de vinculo parentales, tiempo de calidad y conexion, comunicacion y afecto, creacion de rutinas disciplina positiva validacion e interes. promover una adecuada convivencia familiar. fomentar la importancia de los pautas de crianza limites, normas.	A M B	A M B	A M B

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01 | Vigencia: 08 2017

CONTRATISTA: Natalia Ramirez H - Natalia Arias
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Primera Intervencion
FECHA: 27-02-2026
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico - Mirador de Santa Monica

#	TIP DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA (CIRCULAR 029)	PROGRAMA	ASEGURA (SI/NO)	CAPS	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	1088048490	Arenas Tatiana B.	31		X			X	SI	Salud Total	Mirador de Santa Monica M7 # C518	3203070330	X			X	
2	TI	1088023988	Jeronimo Patiño B	12	X					SI	Salud Total	Mirador de Santa Monica M7 # C518	3203070330	X			X	
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

OBSERVACIONES

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. 2

Lugar: Barrio mirador de Santa monica Dosquebradas
Fecha: 27/02/2026
Hora: 4:00PM

Personas citadas:
Yenny Tatiana Bedoya / Natalia Arias
Jeronimo Patiño Bedoya / Natalia Ramirez

Asistentes:
Yenny Tatiana Bedoya / Natalia Arias
Jeronimo Patiño Bedoya / Natalia Ramirez

ORDEN DEL DÍA
1. Presentación
2. Socializac
3. Conclusiones
4. Compromisos y Finalización reunión.

DESARROLLO

1. Se socializaron las actividades a trabajar en la segunda visita, tanto la Psicologa como la Trabajadora Social explicaron las funciones que se llevarian a cabo.

2. Se llevaron a cabo las actividades correspondientes, en el caso de la Psicologa realizó entrevista a fin de conocer más a fondo las situaciones familiares e individuales, en el caso de la Trabajadora social realizó la actividad "Nuestro Arbol, Nuestra historia" con el objetivo de Fortalecer la comunicación familiar, resignificar experiencias dificiles y reconocer recursos protectores dentro del sistema familiar.

Scanned with CamScanner

3. 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 el fortalecimiento del bienestar integral de todos los miembros de la familia.

4. El equipo psicosocial se comprometio a realizar la tercera visita el mes de marzo. Por otra parte se le dio fin a la reunión con normalidad.

COMPROMISOS / RESPONSABLE / FECHAS PREVISTAS

1. Tercera visita / mes de marzo.

2.

NOMBRE	FIRMA
Yenny Tatiana Bedoya	Tatiana Bedoya
Jeronimo Patiño Bedoya	Jeronimo Patiño

FIRMA Tatiana Bedoya
Cargo Representante Familia.

FIRMA Natalia Arias
Cargo Trabajadora Social.

Elaboró Natalia Ramirez H
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

Scanned with CamScanner