| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1528

Yo Nelsy martinez Delgado ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 52887279, expedida en: Bogota, residente del municipio Pto Gait en el MICROTERRITORIO: # 7, en representación de la familia: f 49, Si autorizo x No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Miriam Liliana Rojas Gómez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gait el día 29 del mes de mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si x ; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Nelsy martinez Delgado | |
| **Nombre completo** | Firma Nelsy Martinez Delgado |
| **Tipo y numero de documento** | 52887279 |
| **Teléfono** | 310 322 susy |
| **Dirección** | vnuma C 58 |



HACEMOS GRANDE AL META
GOBERNACIÓN DEL META



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1529

Yo Karen Dayana Rojas Flores ,identificado (a) con tipo de documento: C.C. Nº 1151 454 119, expedida en: Villavicencio, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 1, en representación de la familia: 56, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería miriam liliana Rojas Gómez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 9 del mes de Junio del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Karen Dayana Rojas Flores | |
| **Nombre completo** | Firma Karen Dayana Rojas |
| **Tipo y numero de documento** | 1151454119 |
| **Teléfono** | 3114810150 |
| **Dirección** | Vereda Casa 125 |

1530

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Eliecer Dario Gaitan ,identificado (a) con tipo de documento: C.C. Nº 11820 4101, expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 1, en representación de la familia: 57, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería miriam Liliana Rojas Gómez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 9 del mes de Junio del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No____

En constancia firma

| Eliecer Dario Gaitan | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma Eliecer Dario Gaitan |
| **Tipo y numero de documento** | 11820 4101 |
| **Teléfono** | 313 486 1423 |
| **Dirección** | Uruma 154 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Jose Sambrano Amaya Leon ,identificado (a) con tipo de documento: C.C. Nº 1124819903, expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 1, en representación de la familia: 58, Si autorizo x No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Miriam Liliana Rojas Gomez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 9 del mes de Junio del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si x ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Jose Sambrano Amaya Leon | |
| **Nombre completo** | Firma Jose Sambrano Amaya L |
| **Tipo y numero de documento** | 1124819903 |
| **Teléfono** | 313 482 4741 |
| **Dirección** | Unuma casa 270 |

1532

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Amalfi Suares Cubure ,identificado (a) con tipo de documento: C.C. Nº 1124 988 892 expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 7, en representación de la familia: 59, Si autorizo x No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería miriam Liliana Rojas Gómez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 9 del mes de Junio del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si x ; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma Amalfi Suarez |
| **Tipo y numero de documento** | 1124 988 892 |
| **Teléfono** | 302 386 2815 |
| **Dirección** | Unoma casa 261 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Fidelino Granados Amaya ,identificado (a) con tipo de documento: C.C. Nº 81926615, expedida en: Puerto Gaitan residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 7, en representación de la familia: 60, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Miriam Liliana Rojas Gomez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 9 del mes de Junio del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Fidelino Granados Amaya | |
| **Nombre completo** | Firma Fidelino Granados Amaya |
| **Tipo y numero de documento** | 81926615 |
| **Teléfono** | 321 854 7942 |
| **Dirección** | Unoma |

1534

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo chachi Amaya chipiaje ,identificado (a) con tipo de documento: c.c Nº 1148205269, expedida en: pto Gaitan, residente del municipio pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 7, en representación de la familia: 63, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería miriam Liliana Rojas Gomez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en puerto Gaitan el día 10 del mes de Junio del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si x; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| chachi Amaya chipiaje | |
| **Nombre completo** | Firma chachi Amaya chipiaje |
| **Tipo y numero de documento** | 1148205269 |
| **Teléfono** | 3227321917 |
| **Dirección** | vereda |

1535

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Jennifer Durlandy Usme M ,identificado (a) con tipo de documento: C.C Nº 1124 571 060, expedida en: Cumaribo, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 7, en representación de la familia: 64, Si autorizo x No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Miriam Liliana Rojas Gómez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 90 del mes de Junio del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si x ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Jennifer Durlandy Usme | |
| **Nombre completo** | Firma Jennifer Durlandy Usme |
| **Tipo y numero de documento** | 1124 571 060 |
| **Teléfono** | 322 383 9490 |
| **Dirección** | Unoma casa 148 |

1536

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Lorena Holguin ,identificado (a) con tipo de documento: C.C. Nº 1006944242, expedida en: Cali, residente del municipio Puerto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 1, en representación de la familia: 65, Si autorizo 1 No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Miriam Liliana Rojas Gómez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 10 del mes de Junio del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si 1 ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Lorena Holguin | |
| **Nombre completo** | Firma Lorena Holguin |
| **Tipo y numero de documento** | 1006944242 |
| **Teléfono** | 312 371 2670 |
| **Dirección** | Unoma casa 85 |

1537

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Deysi Yaneth londoño Valencia ,identificado (a) con tipo de documento: C.C Nº 1125 469 457, expedida en: Cumaribo, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 1, en representación de la familia: GG, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Miriam Liliana Rojas Gómez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 10 del mes de Junio del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Deysi Yaneth londoño V | |
| **Nombre completo** | Firma Deysi Yaneth Londoño |
| **Tipo y numero de documento** | 1125 469 457 |
| **Teléfono** | 314 401 6083 |
| **Dirección** | Unuma Casa 16 |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Ruben Danilo Hernandez Gaitan ,identificado (a) con tipo de documento: C.C. Nº 1125 001408, expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 1, en representación de la familia: 67, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Miriam Liliana Rojas Gómez para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 10 del mes de Junio del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| Ruben Danilo Hernandez G. | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma Ruben Danilo Hernandez |
| **Tipo y numero de documento** | 1125 001408 |
| **Teléfono** | 310 788 335 |
| **Dirección** | Unuma casa 182 |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1539

Yo Ana Belky Lara ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1136275289, expedida en: Cumaribo, residente del municipio Pto Gaitan. en el MICROTERRITORIO: 2. , en representación de la familia: 5, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Alejandra Sánchez Cuenca para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitán el día 16 del mes de MAYO del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| | |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC 1136275289. |
| **Teléfono** | No Tiene |
| **Dirección** | Unuma 333 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1540

Yo CRISTIAN RAMON GARCIA IARA. ,identificado (a) con tipo de documento: cc. Nº 1136275364., expedida en: Pto Gaitan., residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 2., en representación de la familia: 6., Si autorizo X. No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Alejandra Sanchez Cuaca. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan. el día 16 del mes de MAYO. del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Cristian Ramon Garcia L. | |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | cc. 1136275364. |
| **Teléfono** | 3223216282. |
| **Dirección** | Unuma. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1541

Yo ALFREDO GARCIA TOVAR. ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 18.750.633., expedida en: TIBAITORES., residente del municipio Pto Gaitan. en el MICROTERRITORIO: 2., en representación de la familia: 8., Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Alejandra Sánchez Correa. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan. el día 17 del mes de MAYO. del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X.; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Alfredo Garcia Tovar. | |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC. 18.750.633 |
| **Teléfono** | 3132894018. |
| **Dirección** | Unuma. |



HACEMOS GRANDE AL META
GOBERNACIÓN DEL META

1542

## DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 40 | |
| EN GESTACIÓN: | SI ____ NO ____ | X | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | | |
| CONYUGUE | SI | X | NO | | | | |
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 33 | |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | | CONFLICTIVA | | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | | |

## HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)

**HIJO No. 1: EDAD: 12**
SEXO: H X M ____
GEMELO: SI X NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI X NO ____
EN GESTACIÓN: SI__ NO X
SEMANAS: X

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Alfredo Garcia Tovar.
Milagros Rodriguez

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 2: EDAD: ____**
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| SEPARADOS | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | | CERCANA | |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 3: EDAD: ____**
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| SEPARADOS | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | | CERCANA | |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 4: EDAD: ____**
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| SEPARADOS | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | | CERCANA | |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

## PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)

**No refiere**
MADRE de la Persona que recibe la visita

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**No refiere**
PADRE de la Persona que recibe la visita

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**No refiere**
MADRE del conyugue

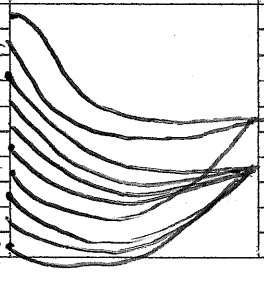
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| No refiere. | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| PADRE del conyugue | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

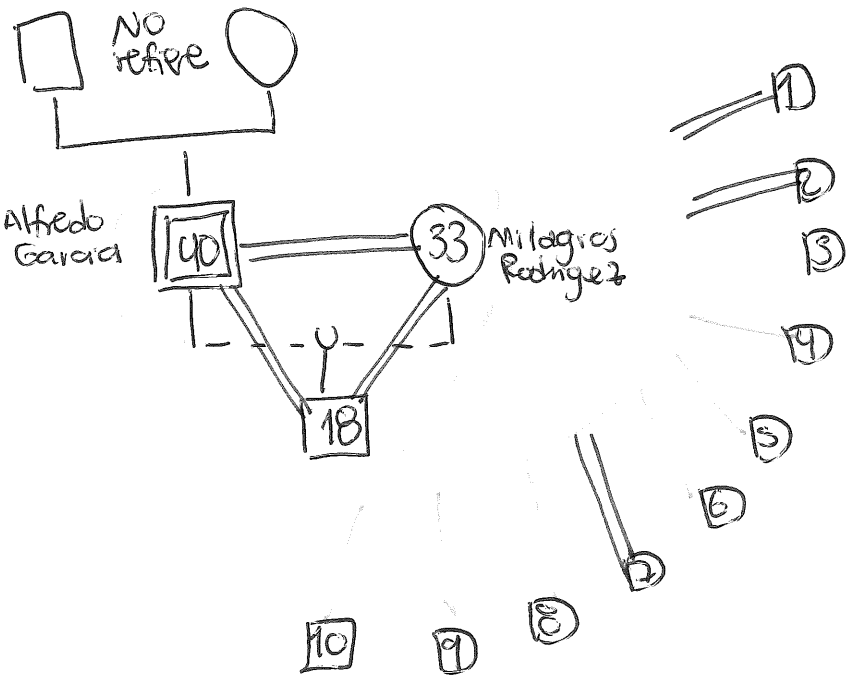
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 1 | MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 2 | MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 3 | QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 4 | QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 5 | 1,2,7 CERCANA | | |
| RECREACION | 6 | 3 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 7 | 3,4,5,6,8 DISTANTE 9,10 | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 8 | ARMONIA | | |
| POLICIA | 9 | | | |
| EJERCITO | 10 | | | |



| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Resto Caitan MICROTERRITORIO 2 HOGAR 8




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERC CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

7544

Yo Luz Marina León Florez. ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1151454113, expedida en: Pto Gaitan., residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 2, en representación de la familia: 9, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Alejandra Sanchez Cuenca para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 19 del mes de MAYO del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Luz marina León Florez | |
| **Nombre completo** | Firma Luz Marina L.F. |
| **Tipo y numero de documento** | cc 1151454113 |
| **Teléfono** | NO TIENE. |
| **Dirección** | Unoma casa 249. |

1545

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Silvia Rodriguez Chipiaje ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1125.000642, expedida en: Cumaribo (V), residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 2, en representación de la familia: 14, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Alejandra Sanchez Cuenca para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ámbiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitán el día 16 del mes de MAYO del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| Silvia Rodriguez Chipiaje. | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma Silvia Rodriguez. |
| **Tipo y numero de documento** | 1125000642 |
| **Teléfono** | 3134746864 |
| **Dirección** | Unuma. Casa 180 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1546

Yo Leidi Tatiana Gaitán ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124821235., expedida en: Villavicencio residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 2, en representación de la familia: 18., Si autorizo ____ No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Alejandra Sanchez Cuenca para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan. el día 20 del mes de MAYO del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Leidi Tatiana Gaitan. | |
| **Nombre completo** | Firma Leidi Tatiana Gaitan |
| **Tipo y numero de documento** | 1124821235 |
| **Teléfono** | 3105685499 |
| **Dirección** | Casa 142 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1547

Yo Fidelino Mejia. ,identificado (a) con tipo de documento: Cc Nº 1124819123, expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 2, en representación de la familia: 21, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Alejandra Sanchez Cuenca. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan. el día 19 del mes de MAYO del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X.; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Fidelino Mejia | |
| **Nombre completo** | Firma fidelino Mejia |
| **Tipo y numero de documento** | cc. 1124819123. |
| **Teléfono** | 3144414164. |
| **Dirección** | Unuma casa 184. |



HACEMOS GRANDE AL META
GOBERNACIÓN DEL META

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1548

Yo Luis Jorge Ramirez Valencia ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 10.172.017, expedida en: Argelia Antioquia residente del municipio Pto Gaitan. en el MICROTERRITORIO: 2. , en representación de la familia: 29, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Alejandra Sánchez Cuenca para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan. el día 26 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| Luis Jorge Ramirez Valencia | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma Luis Jorge Ramirez V. |
| **Tipo y numero de documento** | CC 10.172.017 |
| **Teléfono** | 3118263790 |
| **Dirección** | Unoma Casa 14 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1549

Yo Carolina rincón, identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1120337820, expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto Gaitan. en el MICROTERRITORIO: 2, en representación de la familia: 31, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Alejandra Sánchez Wenca para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 27 del mes de MAYO del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Carolina Rincón | |
| **Nombre completo** | Firma Carolina Rincon. |
| **Tipo y numero de documento** | CC 1120337820 |
| **Teléfono** | 3212874095. |
| **Dirección** | Unoma Casa 10 |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Luz Celia Perez Sierra ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1006946078, expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 2, en representación de la familia: 42, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Alejandra Sancha Lenca para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 29 del mes de MAYO del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

En constancia firma

| Luz Celia Perez Sierra | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma Luz celia Perez Sierra |
| **Tipo y numero de documento** | CC 1006946078 |
| **Teléfono** | 3169513296 |
| **Dirección** | Uruma Casa 118 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1551

Yo Lisveth Nairoby Salcedo ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1193118333, expedida en: La primavera, residente del municipio P-to. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 1, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en P-to. Gaitan el día 12 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Lisveth Nairoby Salcedo | Lizveth S. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1193118333 |
| **Teléfono** | 3103332147 |
| **Dirección** | Unuma Casa sin # |

| Fm: 1 M: 6 | DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 23 |
| EN GESTACIÓN: | SI ____ NO ____ | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | |
| **CONYUGUE** | SI | X | NO | | | |
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 30 |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | X | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

**HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)**

| **HIJO No. 1: EDAD:** 3 | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: H X M ____ | Lisbeth Salcedo | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | Pedro Ponare | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI X NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓN: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

| **HIJO No. 2: EDAD:** 8 meses | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: H X M ____ | Lisbeth Salcedo | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | Pedro Ponare | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI X NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓ: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

| **HIJO No. 3: EDAD:** ____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: H___ M ____ | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI____ NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓ: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

| **HIJO No. 4: EDAD:** ____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: H___ M ____ | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI____ NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓ: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)**

| Marleny Alvarruen | EDAD | 49 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MADRE de la Persona que recibe la visita | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | NO X | DISTANTE | | DISTANTE | |

| Victor Salcedo | EDAD | 48 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PADRE de la Persona que recibe la visita | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | NO X | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MADRE del conyugue | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO X | DISTANTE | X | DISTANTE | X |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

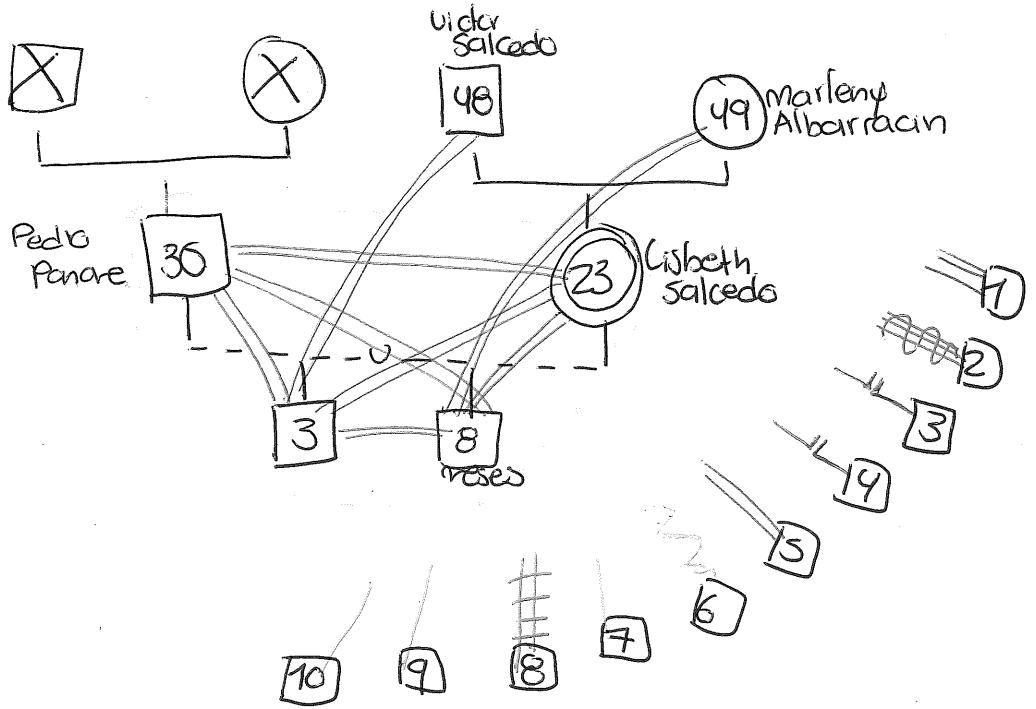
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | | 1 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | | 2 MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | | 3 QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | | 4 QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | | 5 CERCANA | | |
| RECREACION | | 6 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | | 7 DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | | 8 ARMONIA | | |
| POLICIA | | | | |
| EJERCITO | | | | |

1553

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Pelto Gaitán MICROTERRITORIO 3 HOGAR 1

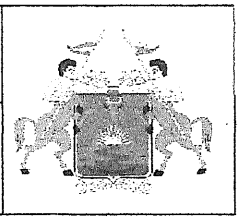



| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S. | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

1554

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- |  |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Rosa Isabel de la Ossa ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 50876711, expedida en: Bolivar, residente del municipio pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 2, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lavi liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto Gaitan el día 13 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| Rosa Isabel de la Ossa | Rosa de la Ossa Tovar |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 50876711 |
| **Teléfono** | 322 357 2085 |
| **Dirección** | Casa 296 Unuma |

1555

F: 2 M: 6

| DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD 54 |
| EN GESTACIÓN: | SI _____ NO _____ | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | |
| CONYUGUE | SI | X | NO | | |
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD 57 |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | | CONFLICTIVA |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA |

**HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HIJO No. 1: EDAD: 36**<br>SEXO: H X M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO X<br>EN GESTACIÓN: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**<br>Rosa de la ossa<br>Santiago cuello | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARE** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | X | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 2: EDAD: 30**<br>SEXO: H___ M X<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO X<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**<br>Rosa de la ossa<br>Santiago cuello | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARE** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | X | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 3: EDAD: 24**<br>SEXO: H___ M X<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO X<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**<br>Rosa de la ossa<br>Santiago cuello | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARE** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | X | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 4: EDAD: 16**<br>SEXO: H___ M X<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI X NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**<br>Rosa de la ossa<br>Santiago cuello | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARE** | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MADRE de la Persona que recibe la visita | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| PADRE de la Persona que recibe la visita | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| MADRE del conyugue | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA |
| | FALLECIDO | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE |
| **INFORMACION DE GENERACION DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | |
| NIETO No. 1<br>HIJO DE: 16 | EDAD | 11 mes | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA |
| | MUJER | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI X | CERCANA | X | CERCANA X |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE |
| NIETO No. 2<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE |
| NIETO No. 3<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE |

**ECOMAPA**

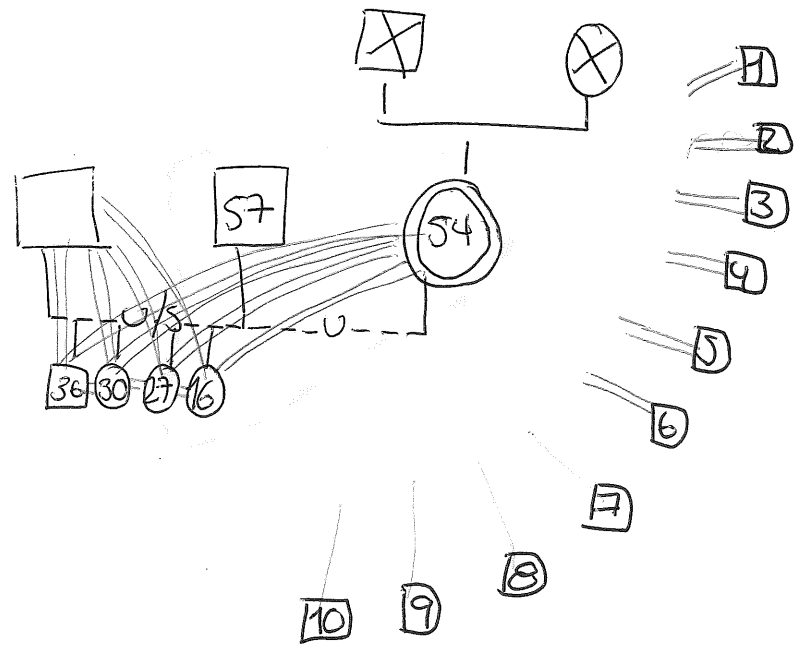
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 1 | MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 1 | MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 1 | QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 1 | QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 1 | 1 CERCANA | | |
| RECREACION | 1 | 2 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 3 | 3 DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 3 | 4 ARMONIA | | |
| POLICIA | 3 | | | |
| EJERCITO | 3 | | | |

1556

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Roito Gaitan MICROTERRITORIO 3 HOGAR 2




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Yurany Mariela Argaez ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1038542129, expedida en: Segovia Antioquia, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 3, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lavi liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 13 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X : No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Yuranny Argaez Arredondo | Yurani Argaez. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1038542129 |
| **Teléfono** | 3134552305 |
| **Dirección** | casa 289 Unuma |

1558

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Maribel Enazo ,identificado (a) con tipo de documento: cc Nº 1124818780, expedida en: pto. Gaitan, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 4, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 13 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Maribel Enazo | Maribel Enazo. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124818780 |
| **Teléfono** | 322 2913625 |
| **Dirección** | Casa 285 apart. 2 anuma |

| Fm: 4 M: 3 | DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 21 |
| EN GESTACIÓN: | SI ____ NO ____ | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | |
| **CONYUGUE** | SI | X | NO | | | |
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 22 |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | X | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

**HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HIJO No. 1: EDAD:** 6 meses<br>SEXO: H___ M X<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI X NO ____<br>EN GESTACIÓN: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**<br>Maribel Enciso<br>Felandy Medina | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 2: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 3: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 4: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Yanneth Meza<br>MADRE de la Persona que recibe la visita | EDAD | 46 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | NO X | DISTANTE | | DISTANTE | |
| PADRE de la Persona que recibe la visita | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO X | DISTANTE | X | DISTANTE | X |
| MADRE del conyugue | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gustavo Medina | EDAD | 45 | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| PADRE del conyugue | VIVO | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | X | CERCANA | X |
| | | NO X | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | | |
| NIETO No. 1 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

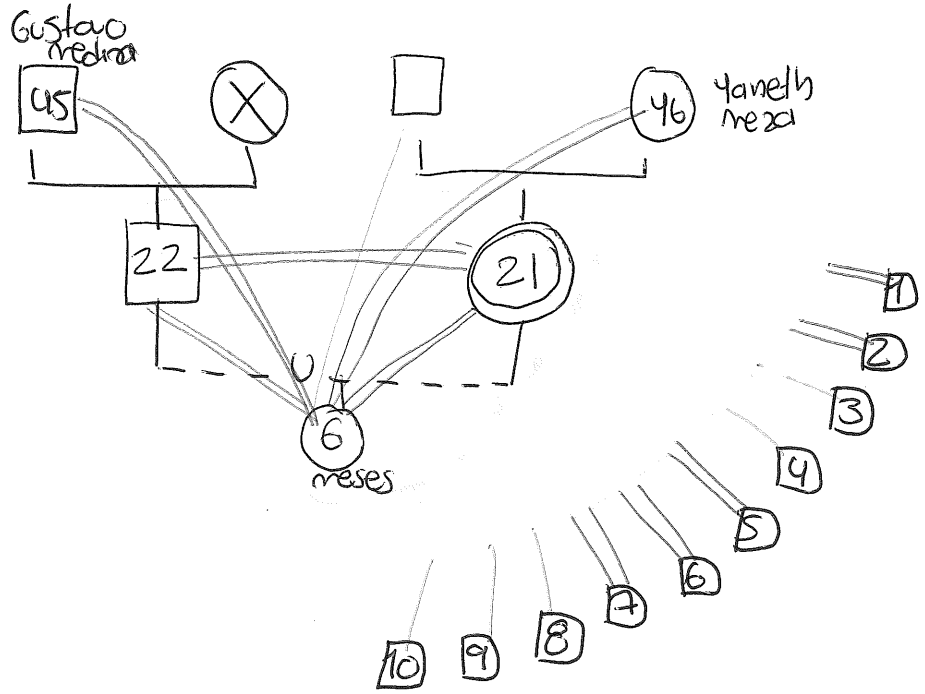
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 5 | 1 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 5 | 2 MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 4 | 3 QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 7 | 4 QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 5 | 5 CERCANA | | |
| RECREACION | 5 | 6 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 5 | 7 DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 7 | 8 ARMONIA | | |
| POLICIA | 7 | | | |
| EJERCITO | 7 | | | |

1560

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Puerto Gaitán MICROTERRITORIO 3 HOGAR 4




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

1561

| Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Julio Vargas ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 4295643, expedida en: Casanare, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 5, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lavi liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 13 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Julio Vargas | Julio Vaga |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 4295643 |
| **Teléfono** | 311 850 8926 |
| **Dirección** | Casa Unuma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Yury Andrea Riaño ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1121855714, expedida en: Villavicencio, residente del municipio pto-Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 6, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 16 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Yury Andrea Riaño | YURY ANDREA RIAÑO CUIMA |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1121855714 |
| **Teléfono** | 3143356075 |
| **Dirección** | casa 282 Unuma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Isela Castañeda Silva ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124827580, expedida en: Pto. Gaitan, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 7, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Luz Liliana Valderrama. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 16 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Isela Castañeda Silva | Isela Castañeda Silva |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124827580 |
| **Teléfono** | 3102626126 |
| **Dirección** | Casa 315 Unuma |



HACEMOS GRANDE AL META
GOBERNACIÓN DEL META

1564

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Graciela Jaque ,identificado (a) con tipo de documento: cc Nº 30983245, expedida en: p-to-Gaitan, residente del municipio p-to. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 8, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Javi liliana Valderama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en p-to. Gaitan el día 16 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Gricelda Jaque | Gricelda Jaque |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 30983245 |
| **Teléfono** | 3115453316 |
| **Dirección** | Casa 313 Unuma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Floralba Rojas ,identificado (a) con tipo de documento: Cc Nº 23607986, expedida en: Garagoa, residente del municipio pto-Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 9, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No _____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Floralba Rojas | Floralba Rojas |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 23607986 |
| **Teléfono** | 3115756630 |
| **Dirección** | Casa 171 Onuma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Nini Karina Romero Jaque ,identificado (a) con tipo de documento: TI Nº 1124821778, expedida en: Pto-Gaitan, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 10, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Laura Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Nini Karina Romero | Nini Karina Romero Jaque |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124821778 |
| **Teléfono** | 3134724848 |
| **Dirección** | Casa 313 Unuma |

1567

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Flor Mireya Gaitan Flores ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1192772767, expedida en: Pto. Gaitan, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 11, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Flor Mireya Gaitan Fl. | Flor Mireya Gaitan Flores. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1192772767 |
| **Teléfono** | 3213402116 |
| **Dirección** | Unuma casa 256 |

1568

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Teresa Flores Ponare ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 30217524, expedida en: San jose de ocune residente del municipio pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 12, Si autorizo x No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si x ; No_____

En constancia firma

| Teresa Flores Ponare | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 30217524 |
| **Teléfono** | 3134125343 |
| **Dirección** | Casa 250 Unuma |

1569

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Ingrid lara Mejia ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124821137, expedida en: pto. Gaitan, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 13, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Ingrid lara Mejia | Ingrid Lara M. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124821137 |
| **Teléfono** | 3133865842 |
| **Dirección** | Casa 225 Unuma. |

1570

Fm: 13 M: 6

**DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 26 |
| EN GESTACIÓN: | SI ____ NO ____ | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | |
| **CONYUGUE** | SI | X | NO | | | |
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 28 |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | X | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

**HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)**

**HIJO No. 1: EDAD:** 5
SEXO: H X M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI X NO ____
EN GESTACIÓN: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Ingrid Lara Mejia
Jaiber Caribán

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| CASADOS | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | X | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 2: EDAD:** 2 meses
SEXO: H___ M X
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Ingrid Lara Mejia
Fernel Bolivar

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| CASADOS | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 3: EDAD:** ____
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| CASADOS | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | | CERCANA | | CERCANA | |
| SEPARADOS | | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 4: EDAD:** ____
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| CASADOS | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | | CERCANA | | CERCANA | |
| SEPARADOS | | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)**

Anita Mejia
MADRE de la Persona que recibe la visita

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | 43 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| VIVA | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | NO | X | DISTANTE | | DISTANTE | |

Pedro Lara
PADRE de la Persona que recibe la visita

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | 53 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| VIVO | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDO | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | NO | X | DISTANTE | | DISTANTE | |

Carmen Baltan
MADRE del conyugue

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | 56 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| VIVA | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | NO | X | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Omar Gaitan | EDAD | 50 | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| PADRE del conyugue | VIVO | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | X | CERCANA | X |
| | | NO X | DISTANTE | | | DISTANTE | |

**INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIETO No. 1 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |

**OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

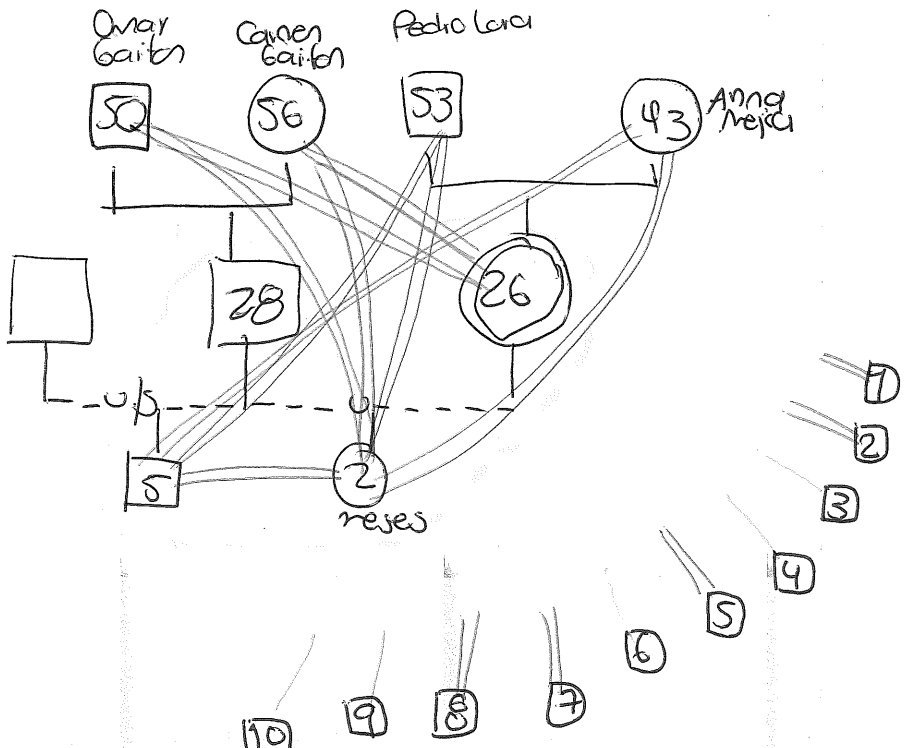
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 5 | 1 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 5 | 2 MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 7 | 3 QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 7 | 4 QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 5 | 5 CERCANA | | |
| RECREACION | 7 | 6 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 5 | 7 DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 5 | 8 ARMONIA | | |
| POLICIA | 7 | | | |
| EJERCITO | 7 | | | |

1577

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Puerto Gaitán MICROTERRITORIO 3 HOGAR 13




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Frandeny Chipiaje Rodriguez ,identificado (a) con tipo de documento: cc Nº 1125550072, expedida en: la primavera residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 14, Si autorizo x No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si x ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Frandeny Chipiaje | Frandeny ch. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1125550072 |
| **Teléfono** | 3158264962 |
| **Dirección** | Casa 164 unuma |

1573

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Sandra Yurany Gonsalez ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124822408, expedida en: Pto. Gaitan, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 15, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Laura Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Sandra Yurani Gonsalez | Sandra M |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124822408 |
| **Teléfono** | 3106897201 |
| **Dirección** | Casa 223 Unuma |

1574

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Dolfenia Marin ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124821652, expedida en: pto-Gaitan residente del municipio pto-Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 16, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto · Gaitan el día 19 del mes de mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Dolfenia Marin | DOIFENIA MARIN |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124821652 |
| **Teléfono** | 322 2917815 |
| **Dirección** | Casa 223 Unuma |

1575

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Erika andrea Medina ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1115187576, expedida en: Caucedonia, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 17, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lavi liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto - Gaitan el día 19 del mes de mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

En constancia firma

| Erika Andrea Medina | Andrea Medina |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1115187576 |
| **Teléfono** | 3144532349 |
| **Dirección** | casa 162 Onuma |

1576

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Luz enith mercado Beltran ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1007285010, expedida en: _____, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 18, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- *Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.*

Dado en Pto. Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Luz Enith Mercado | Luz enith Mercado Beltran |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1007285010 |
| **Teléfono** | 3105421531 |
| **Dirección** | Casa 160 Unuma |

1677

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Victor Manuel Vigoya Tacha ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 11406240, expedida en: Caqueta, residente del municipio Pto.Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 19, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Laun liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Victor Manuel Vigoya | Firma |
| **Nombre completo** | |
| **Tipo y numero de documento** | 11406240 |
| **Teléfono** | 3114562867 |
| **Dirección** | Casa 219 Unuma |

1578

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Edilma ponare cavare ,identificado (a) con tipo de documento: cc Nº 30216095, expedida en: Jose de ocune residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 20, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Edilma Ponare cavare | Edilma Ponare C. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 30216095 |
| **Teléfono** | 3115930793 |
| **Dirección** | casa 217 unuma |

1579

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Nelly Chipiaje Rodriguez ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1125549568, expedida en: primavera, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 21, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Laura liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Nelly Chipiaje Rodriguez | Nelly Chipiaje |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1125549568 |
| **Teléfono** | 3118402393 |
| **Dirección** | Casa 187 Unuma |

1580

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Nidia Yolanda Chipiaje amaya, identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124998395, expedida en: Cimarito, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 22, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto - Gaitan el día 20 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Nidia Yolanda Chipiaje | Nidia |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124998395 |
| **Teléfono** | No refiere |
| **Dirección** | Casa Sin numeración |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo CHACHI AMAYA CHIPIAJE ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1148205269, expedida en: Pto. Gaitan, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 23, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 20 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Chachi Amaya Chipiaje | Chachi Amaya |
| **Nombre completo** | Firma Chachi |
| **Tipo y numero de documento** | 1148205269 |
| **Teléfono** | No refiere |
| **Dirección** | Una Casa Sin Numeración |

1582

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Diana Chipiaje Chipiaje ,identificado (a) con tipo de documento: cc Nº 1151451050, expedida en: Cumaribo, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 24, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 20 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Diana Chipiaje | Diana Milena Chipiaje ch. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1151451050 |
| **Teléfono** | 3227321917 |
| **Dirección** | Unuma Casa Sin # |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Yolanda Moreno Amaya ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124827491, expedida en: Pto. Gaitan, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 25, Si autorizo x No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Laura Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 20 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Yolanda Moreno A. | Yolanda Moreno A. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124827491 |
| **Teléfono** | 3202882286 |
| **Dirección** | Unuma casa Sin #. |

1584

Fm: 25 T.6

## DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 30 |
| EN GESTACIÓN: | SI X NO | | SEMANAS DE GESTACIÓN | 24 | | |
| **CONYUGUE** | SI | X | NO | | | |
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 32 |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | X | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

## HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)

**HIJO No. 1: EDAD:** 15
SEXO: H X M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI X NO ____
EN GESTACIÓN: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Yolanda Moreno
Manuel lopez

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | X | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 2: EDAD:** 14
SEXO: H___ M X
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI X NO ____
EN GESTACIO: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Yolanda Moreno
Manuel lopez

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | X | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 3: EDAD:** 8
SEXO: H___ M X
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI X NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Yolanda Moreno
Cristian Aya

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 4: EDAD:** 5
SEXO: H X M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI X NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Yolanda Moreno
Cristian Aya

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

## PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)

Elsa Maria Amaya
MADRE de la Persona que recibe la visita

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | 50 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| VIVA | | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | NO | X | DISTANTE | | DISTANTE | |

Ricardo Moreno
PADRE de la Persona que recibe la visita

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | 61 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| VIVO | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDO | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | NO | X | DISTANTE | | DISTANTE | |

MADRE del conyugue

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| VIVA | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | | CERCANA | |
| | NO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

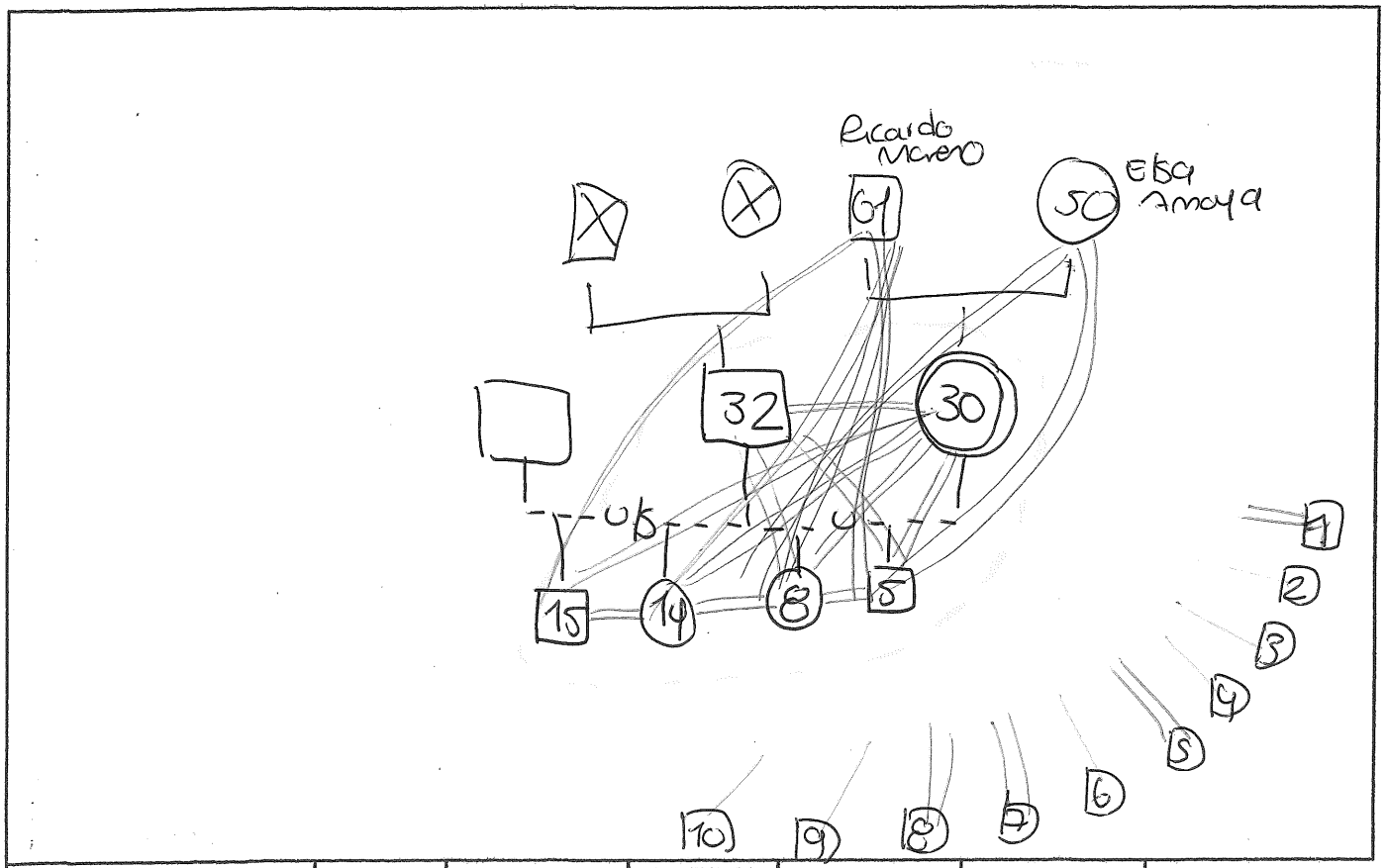
**ECOMAPA**

**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 5 | 1 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 7 | 2 MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 4 | 3 QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 2 | 4 QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 5 | 5 CERCANA | | |
| RECREACION | 2 | 6 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 5 | 7 DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 5 | 8 ARMONIA | | |
| POLICIA | 7 | | | |
| EJERCITO | 7 | | | |

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Puerto Gaitán MICROTERRITORIO 3 HOGAR 25




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S. | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

1586

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Oneida Campo Vasquez ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1052573456, expedida en: Bolivar, residente del municipio P-to. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 26, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Laura Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en P-to. Gaitan el día 20 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Oneida Campo V. | oneida campo |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1052573456 |
| **Teléfono** | 3223715279 |
| **Dirección** | Casa 145 Onuma |

1587

F:M:26 M:6

**DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 32 |
| EN GESTACIÓN: | SI NO | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | |
| CONYUGUE | SI | X | NO | | | |
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 49 |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | X | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

**HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)**

**HIJO No. 1: EDAD:** 14
SEXO: H X M ___
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI X NO ___
EN GESTACIÓN: SI__ NO X
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Oneida Campo
Wilfredo Hernandez

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 2: EDAD:** 13
SEXO: H___ M X
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI X NO ___
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Oneida Campo
Wilfredo Hernandez

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 3: EDAD:** 11
SEXO: H___ M X
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI X NO ___
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Oneida Campo
Wilfredo Hernandez

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 4: EDAD:** 5
SEXO: H X M ___
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI X NO ___
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Oneida Campo
Wilfredo Hernandez

| RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASADOS | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | CERCANA | X | CERCANA | 1 |
| SEPARADOS | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)**

Emilse Vasquez
MADRE de la Persona que recibe la visita

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | 48 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| VIVA | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | NO | X | DISTANTE | | DISTANTE | |

Daniel Campo
PADRE de la Persona que recibe la visita

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | 60 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| VIVO | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDO | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | NO | X | DISTANTE | | DISTANTE | |

María Feliciana Jabalé
MADRE del conyugue

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| VIVA | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | | CERCANA | |
| | NO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fidel Hernandez<br>PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | | |
| NIETO No. 1<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | | |
| Erick Damian Hernandez Campo (Hyo) | EDAD | 8 meses | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | X | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI X | CERCANA | X | | CERCANA | X |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

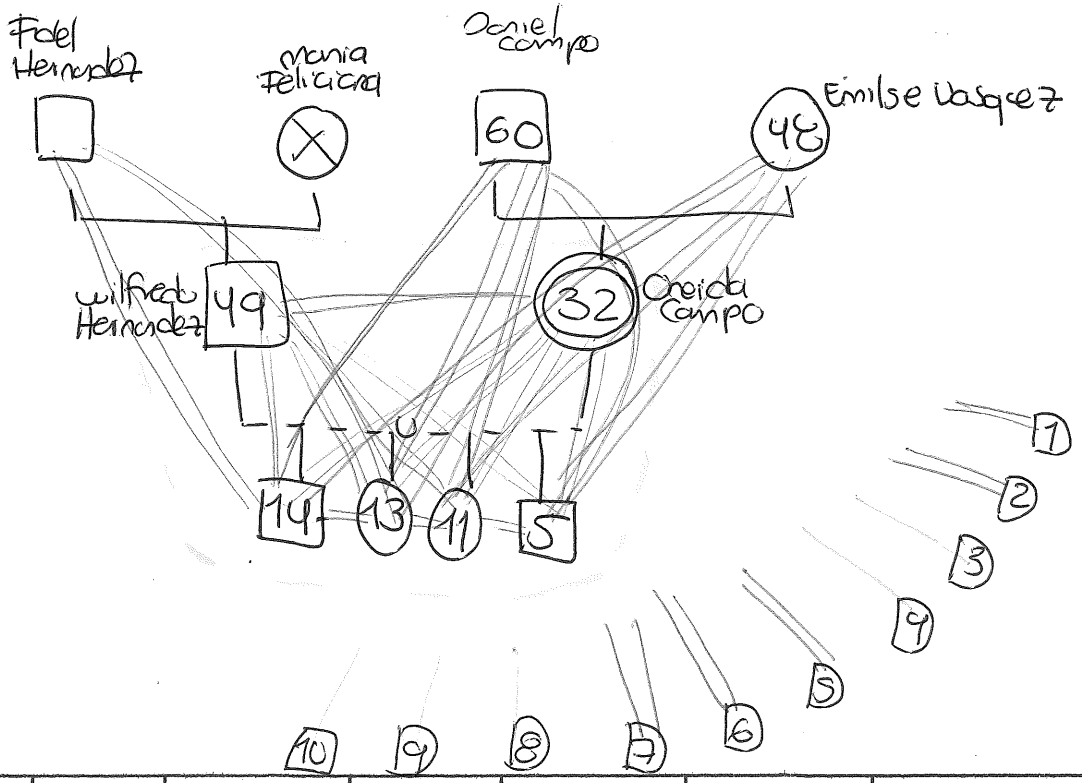
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 5 | 1 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 5 | 2 MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 7 | 3 QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 7 | 4 QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 5 | 5 CERCANA | | |
| RECREACION | 5 | 6 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 5 | 7 DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 7 | 8 ARMONIA | | |
| POLICIA | 7 | | | |
| EJERCITO | 7 | | | |

1588

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Puerto Gaitán MICROTERRITORIO 3 HOGAR 26




| HOMBRE | MUJER |
|---|---|

| SIMBOLOGIA | |
|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | |
| HOMBRE O MUJER | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | |
| EMBARAZO | |
| UNIÓN LIBRE | U |
| MATRIMONIO | M |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

1589

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Karen lisbeth Sarmiento ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1120563287, expedida en: Tauramena, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 27, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Laura liliana Valderama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 20 del mes de mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Karen lisbeth Sarmiento | Karen Sarmiento. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1120563287 |
| **Teléfono** | 3123276155 |
| **Dirección** | Casa 121 Unuma |

1590

Fm:27 M:6

| DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 22 |
| EN GESTACIÓN: | SI ____ NO ____ | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | |
| **CONYUGUE** | SI | | NO | X | | |
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | | EDAD | |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

**HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)**

| **HIJO No. 1: EDAD:** 3 | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: H___ M X | Karen Sarmiento | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | Jhon Adueza | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | X | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI X NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓN: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | X | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

| **HIJO No. 2: EDAD:** 1 mes | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: H X M ____ | Karen Sarmiento | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | Jhon Adueza | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | X | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI X NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIO: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | X | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

| **HIJO No. 3: EDAD:** ____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: H___ M ____ | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI NO | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓ: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

| **HIJO No. 4: EDAD:** ____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: H___ M ____ | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI____ NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓ: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)**

| Gloria Galtan | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MADRE de la Persona que recibe la visita | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| Mauricio Sarmiento | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PADRE de la Persona que recibe la visita | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MADRE del conyugue | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

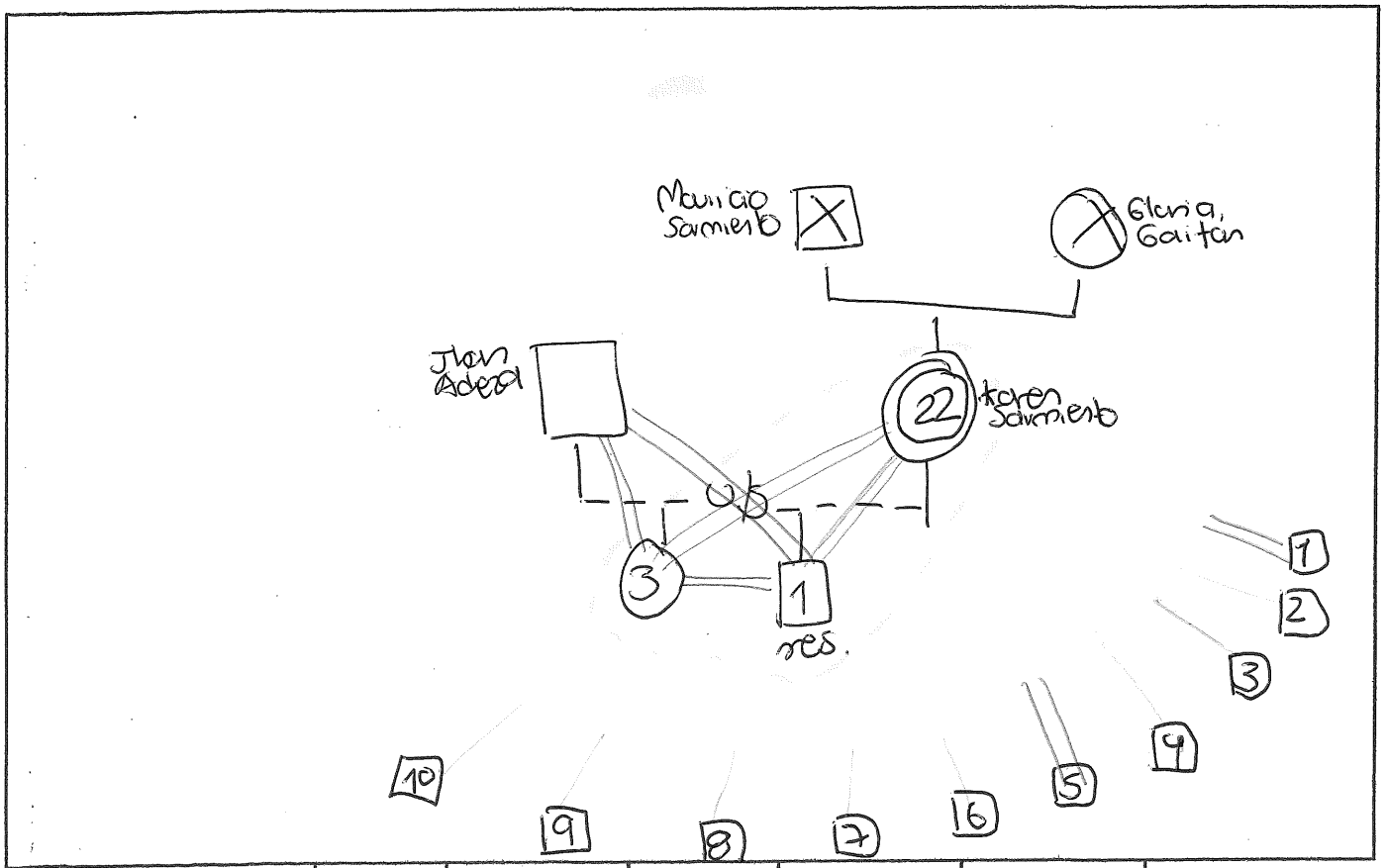
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 5 | 1 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 7 | 2 MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 7 | 3 QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 7 | 4 QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 5 | 5 CERCANA | | |
| RECREACION | 7 | 6 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 7 | 7 DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 7 | 8 ARMONIA | | |
| POLICIA | 7 | | | |
| EJERCITO | 7 | | | |

1591

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Puerto Gaitán MICROTERRITORIO 3 HOGAR 27




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

1592

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Hemesto García Gaitan ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 6649951, expedida en: Miraflores Guaviare residente del municipio pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 28, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lavi liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto Gaitan el día 20 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Hemesto García Gaitan | Firma |
| **Nombre completo** | |
| **Tipo y numero de documento** | 6649951 |
| **Teléfono** | 3209211480 |
| **Dirección** | Casa 196 Uruma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo luz Irene perez ,identificado (a) con tipo de documento: cc Nº 1134449942, expedida en: Pto. Gaitan, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 29, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 21 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X : No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| luz Irene perez | luz IRENE |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1134449942 |
| **Teléfono** | 3228196719 |
| **Dirección** | Casa 120 unumq |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Mayerlina Gaitan Gaitan ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1148711161, expedida en: pto-Gaitan, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 30, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lavi Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto Gaitan el día 21 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Mayerlina Gaitan | mayerlina |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1148711161 |
| **Teléfono** | 3114810150 |
| **Dirección** | casa 125 Unuma. |

1595

Fm: 30 M: 3

## DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 19 |
| EN GESTACIÓN: | SI NO | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | |
| CONYUGUE | SI | X | NO | | | |
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 33 |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | X | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

## HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HIJO No. 1: EDAD: 3 | NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
| SEXO: H X M | Mayerlina | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | Jose Floret | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| VIVE CON LA FAMILIA: | RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI X NO ____ | CASADOS | | RELACIÓN CON EL PADRE | | RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓN: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| HIJO No. 2: EDAD: 1 | NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
| SEXO: H X M ___ | Mayerlina | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI NO | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | Jose Floret | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| VIVE CON LA FAMILIA: | RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI X NO | CASADOS | | RELACIÓN CON EL PADRE | | RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓ: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| HIJO No. 3: EDAD: 7 meses | NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
| SEXO: H___ M X | Mayerlina | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | Jose Floret | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| VIVE CON LA FAMILIA: | RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI X NO ____ | CASADOS | | RELACIÓN CON EL PADRE | | RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓ: SI NO | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| HIJO No. 4: EDAD: ___ | NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
| SEXO: H___ M ____ | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | RELACIÓN CON EL PROGENITOR | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI____ NO ____ | CASADOS | | RELACIÓN CON EL PADRE | | RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| EN GESTACIÓ: SI__ NO___ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEMANAS: _____ | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

## PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Petra Carmelina | EDAD | 56 | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| MADRE de la Persona que recibe la visita | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | NO X | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO | |
| PADRE de la Persona que recibe la visita | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO | |
| MADRE del conyugue | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| José Flor 12<br>PADRE del conyugue | EDAD | 71 | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO X | DISTANTE | X | DISTANTE | X |

**INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NIETO No. 1<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

ECOMAPA

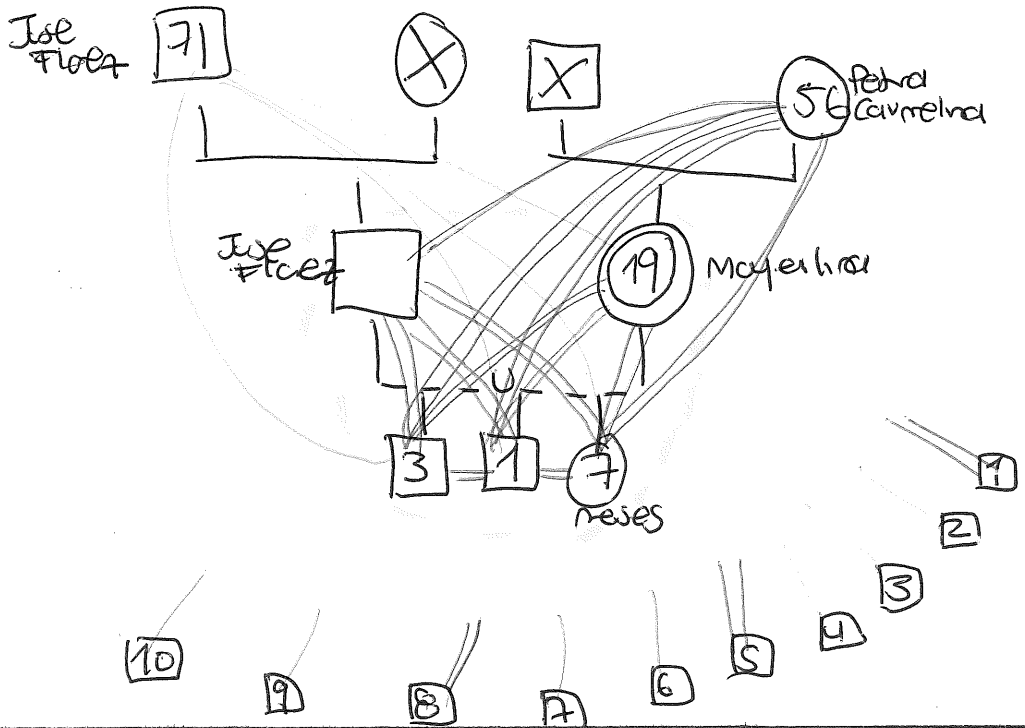
(una con una línea la relación que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)

| Actor Social | | Nivel de Relación | otros actores sociales |
|---|---|---|---|
| FAMILIA | 1 | MUY ESTRECHA | |
| AMIGOS | 3 | MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| IGLESIA | 3 | QUIEBRE O RUPTURA | |
| ALCALDIA | 3 | QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | |
| CENTRO DE SALUD | 1 | 1 CERCANA | |
| RECREACION | 3 | 2 CONFLICTIVA | |
| EDUCACION | 3 | 3 DISTANTE | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 1 | 4 ARMONIA | |
| POLICIA | 3 | | |
| EJERCITO | 3 | | |

7596

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Resto Caitán MICROTERRITORIO 3 HOGAR 30




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

1597

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Luz Mila Mancipe ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 30982490, expedida en: Pto. Gaitan, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 31, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lavin Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

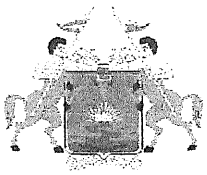
- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 21 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Luz Mila Mancipe | Firma |
| **Nombre completo** | |
| **Tipo y numero de documento** | 30982490 |
| **Teléfono** | 3228507326 |
| **Dirección** | Uruma sin #. |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- |  |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Deisy Liliana Rojas Gaitan ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124828898, expedida en: Pto-Gaitan, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 32, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 21 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Deisy liliana Rojas | Deisy Rojas Gaitan |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124828898 |
| **Teléfono** | 313 435 3667 |
| **Dirección** | Casa 78 Unuma |

1599

Fm: 32 M: 6

## DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 28 | |
| EN GESTACIÓN: | SI X NO | | SEMANAS DE GESTACIÓN | 20 | | | |
| **CONYUGUE** | SI | | NO | X | | | |
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | | EDAD | | |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | | CONFLICTIVA | | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | | |

## HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)

**HIJO No. 1: EDAD:** 11
SEXO: H X M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI X NO ____
EN GESTACIÓN: SI__ NO___
SEMANAS: _____

| NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| Delsy liliana Rojas | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| Delmar Ponare | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEPARADOS | X | CERCANA | X | CERCANA | X |
| FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 2: EDAD:** 9
SEXO: H X M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI X NO ____
EN GESTACIO: SI__ NO___
SEMANAS: _____

| NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| Delsy liliana Rojas | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| Delmar Ponare | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEPARADOS | X | CERCANA | X | CERCANA | X |
| FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 3: EDAD:** ____
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

| NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | | CERCANA | |
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 4: EDAD:** ____
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

| NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | | CERCANA | |
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

## PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MADRE de la Persona que recibe la visita | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| Agustin Rojas | EDAD | 50 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| PADRE de la Persona que recibe la visita | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | NO X | DISTANTE | | DISTANTE | |
| MADRE del conyugue | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

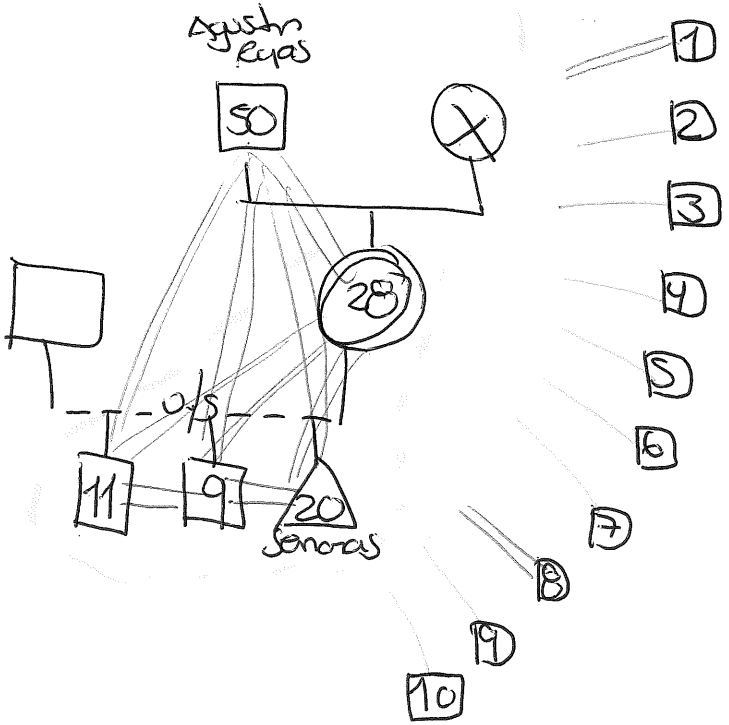
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 5 | 1 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 3 | 2 MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 7 | 3 QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 7 | 4 QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 7 | 5 CERCANA | | |
| RECREACION | 7 | 6 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 7 | 7 DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 5 | 8 ARMONIA | | |
| POLICIA | 7 | | | |
| EJERCITO | 7 | | | |

1600

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Peito Gaitán MICROTERRITORIO 3 HOGAR 32




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

| Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Maña Gaitan Hurtado ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1134500555, expedida en: Pto. Gaitan, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 33, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 21 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Maña Gaitan Hurtado | Marina |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1134500555 |
| **Teléfono** | 3223694111 |
| **Dirección** | Casa 53 Unuma |

1602

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Lina Marely Romero Ayala ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124989276, expedida en: pto. Gaitan, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 34, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 21 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| Lina Marely Romero Ayala | Lina Romero |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124989276 |
| **Teléfono** | 3161594870 |
| **Dirección** | Casa 50 Unuma |

1603

| Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Yoli paola Darapo Catimay ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1134450043, expedida en: Orocue, residente del municipio pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 35, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 21 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Yoli paola Darapo | Yoli Paola Darapo |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1134450043 |
| **Teléfono** | 3144301524 |
| **Dirección** | Casa 82 Unuma |

1604

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo German Rodriguez Chipiaje ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 41862S4, expedida en: Cacua, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 36, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día ____ del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| German Chipiaje | |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 41862S4 |
| **Teléfono** | 3102839434 |
| **Dirección** | Casa 256 Unuma |

1605

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Reinaldo Hernandez Colorado ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 3298 512, expedida en: pto. Lopez, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 37, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Cauri Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 22 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma Reinaldo Hernandez

| Reinaldo Hernandez Colorado | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 3298512 |
| **Teléfono** | 3209793595 |
| **Dirección** | Casa 38 Bruma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

7606

Yo Leticia Bejarano Carrillo ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1120473674, expedida en: pto. Gaitan, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 38, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto Gaitan el día 22 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Leticia Bejarano Carrillo | Leticia bejarano |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1120 473 674 |
| **Teléfono** | 312 382 7877 |
| **Dirección** | casa 107 Unuma |

1607

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Blanca Nayibe Yepes ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124828962, expedida en: Pto. Gaitan, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 44, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 26 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Blanca Nayibe Yepes | Blanca Yepes |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124828962 |
| **Teléfono** | 318 6261411 |
| **Dirección** | Casa 65 Unuma |

1608

Fm: 44 H: 3

**DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 30 |
| EN GESTACIÓN: | SI ____ NO ____ | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | |
| **CONYUGUE** | SI | X | NO | | | |
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 36 |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | X | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

**HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)**

**HIJO No. 1: EDAD:** 14
SEXO: H___ M X
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI X NO ____
EN GESTACIÓN: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Blanca Yepes
Ricardo Ramirez

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| CASADOS | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 2: EDAD:** 11
SEXO: H X M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI X NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Blanca Yepes
Ricardo Ramirez

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| CASADOS | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 3: EDAD:** 10
SEXO: H X M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI X NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Blanca Yepes
Ricardo Ramirez

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| CASADOS | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 4: EDAD:** 6
SEXO: H X M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA:
SI X NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**
Blanca Yepes
Ricardo Ramirez

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| CASADOS | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| UNION LIBRE | X | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| DIVORCIADOS | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| SEPARADOS | | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| FALLECIDO | | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)**

Carmen Rosa
MADRE de la Persona que recibe la visita

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | 56 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| VIVA | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | NO | X | DISTANTE | | DISTANTE | |

PADRE de la Persona que recibe la visita

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| VIVO | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDO | X | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | | CERCANA | |
| | NO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

Alba Gautan
MADRE del conyugue

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | 54 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| VIVA | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | NO | X | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| niña 7 meses (Hija) | EDAD | 7 | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | X | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI X | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| (Hijo) 1 año | EDAD | 1 | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI X | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

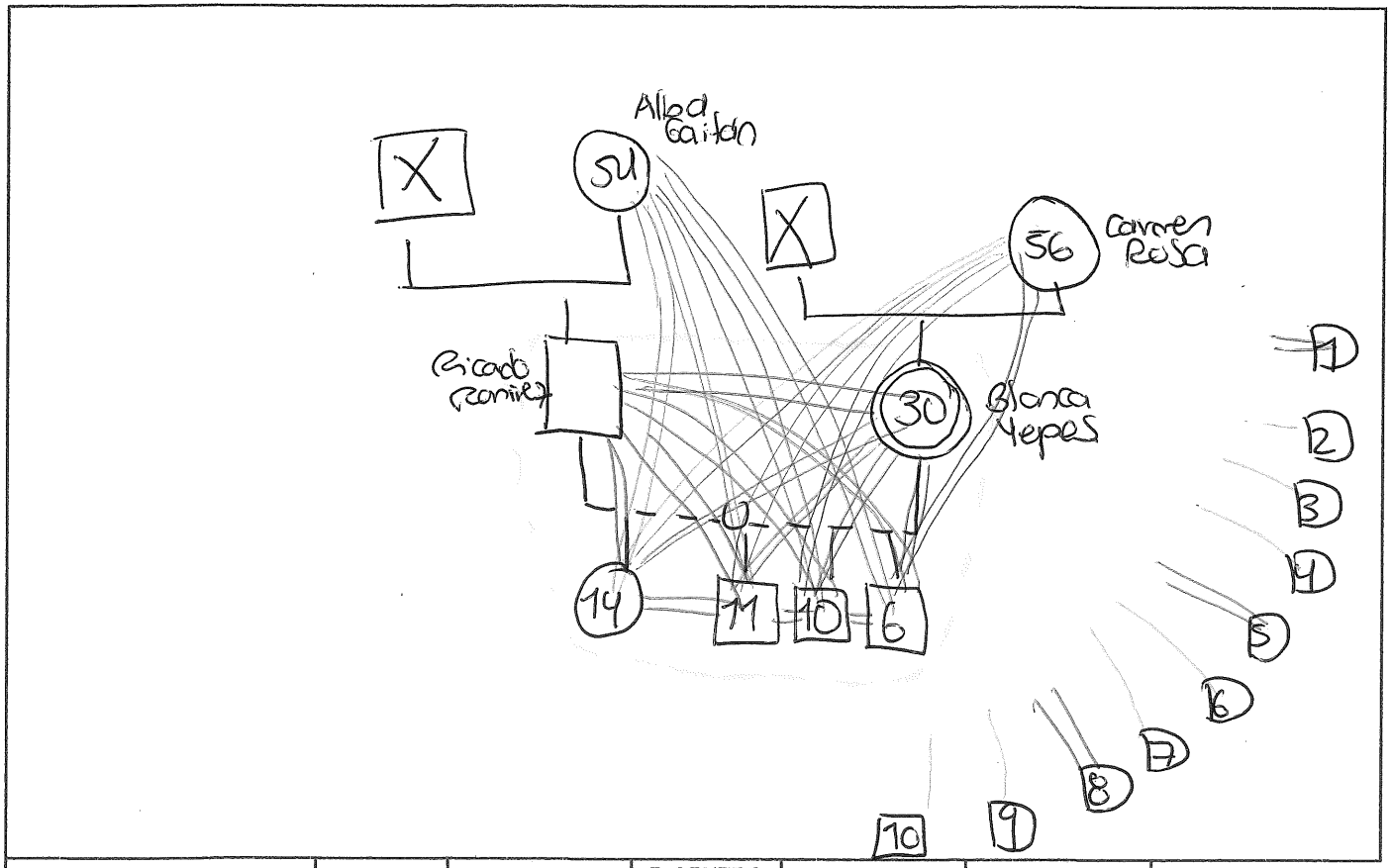
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 5 | | 1 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 7 | | 2 MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 7 | | 3 QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 7 | | 4 QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 5 | | 5 CERCANA | | |
| RECREACION | 7 | | 6 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 7 | | 7 DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 5 | | 8 ARMONIA | | |
| POLICIA | 7 | | | | |
| EJERCITO | 7 | | | | |

1609

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Porto Gaitán MICROTERRITORIO 3 HOGAR 44




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

1610

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Astrid Ramirez Riaño ,identificado (a) con tipo de documento: cc Nº 28567525, expedida en: Alvarado, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 45, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Laura Viviana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 26 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Astrid Ramirez Riaño | Astrid Ramirez R |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 28567525 |
| **Teléfono** | 3203480907 |
| **Dirección** | Casa 7 cruma. |

1611

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Jenifer Bustos Ramirez ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1107008775, expedida en: pto. Gaitan, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: SO, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Laori Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 27 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Jenifer Bustos Ramirez | Jennifer Bustos R. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1107008775 |
| **Teléfono** | 3235167368 |
| **Dirección** | Casa 7 Oruma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1612

Yo Junior Alfonso Carrillo ,identificado (a) con tipo de documento: CE Nº 25019386, expedida en: Venezuela, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 52, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 27 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Junior Alfonso Carrillo | Junior alfonso Carrillo |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 25019386 |
| **Teléfono** | 3154090542 |
| **Dirección** | Casa 152 Unuma |

1613

Fm: 52 M: 6

| DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 40 |
| EN GESTACIÓN: | SI NO | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | |
| CONYUGUE | SI | X | NO | | | |
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 23 |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | X | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

**HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HIJO No. 1: EDAD:** 3<br>SEXO: H X M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI X NO ____<br>EN GESTACIÓN: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**<br>Junior Camillo<br>Angie Henao | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 2: EDAD:** 25 días<br>SEXO: H X M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI X NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**<br>Junio Camillo<br>Angie Henao | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 3: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 4: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Luz Marina Camillo<br>MADRE de la Persona que recibe la visita | EDAD | 68 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO X | DISTANTE | X | DISTANTE | X |
| Alfonso<br>PADRE de la Persona que recibe la visita | EDAD | 70 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO X | DISTANTE | X | DISTANTE | X |
| Celmira Henao<br>MADRE del conyugue | EDAD | 40 | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | X | CERCANA | X |
| | | NO X | DISTANTE | | DISTANTE | |

| Baudilio Quevedo<br>PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO X | DISTANTE | X | DISTANTE | X |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

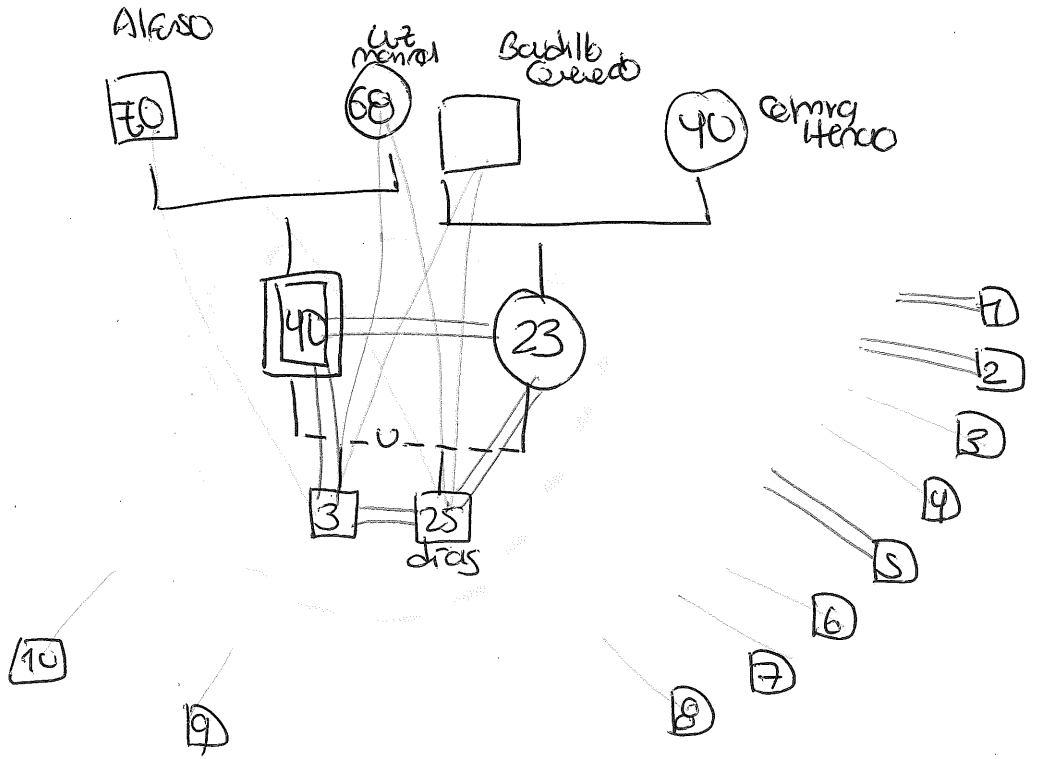
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 1 | MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 1 | MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 3 | QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 3 | QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 1 | 1 CERCANA | | |
| RECREACION | 3 | 2 CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 3 | 3 DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 3 | 4 ARMONIA | | |
| POLICIA | 3 | | | |
| EJERCITO | 3 | | | |

1614

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Roto Caitán MICROTERRITORIO 3 HOGAR 52




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S. / M.D | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

1615

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Jesus Tierradentro ,identificado (a) con tipo de documento: Cc Nº 1137 3563, expedida en: Fusagasuga, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 53, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 27 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Jesus tierradentro | |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1137 3563 |
| **Teléfono** | 310 888 6253 |
| **Dirección** | Casa 307 Uruma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Lizeth Tatiana Martinez ,identificado (a) con tipo de documento: cc Nº 1110289726, expedida en: pto. Gaitan, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 54, Si autorizo x No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto Gaitan el día 27 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Lizeth Tatiana Martinez | Firma |
| **Nombre completo** | |
| **Tipo y numero de documento** | 1110289726 |
| **Teléfono** | 3175528775 |
| **Dirección** | casa 135 Unuma |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1617

Yo Lency Esther Bernal Diaz ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1117325890, expedida en: Orocue, residente del municipio Pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 55, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Laura Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 29 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Lency Esther Bernal | Lency Bernal |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1117325890 |
| **Teléfono** | 3027760893 |
| **Dirección** | Casa 79 Unuma |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1618

Yo Ana patricia Garcia lara ,identificado (a) con tipo de documento: Cc Nº 1136275363, expedida en: p-to Gaitan residente del municipio p-to Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 57, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

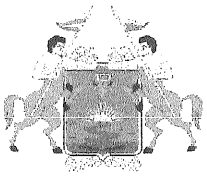
- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en P-to. Gaitan el día 29 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Ana Patricia Garcia | PATRICIA GARCIA LARA |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1136275363 |
| **Teléfono** | 3203716213 |
| **Dirección** | Casa 233 Unuma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- |  |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1619

Yo Shirley Gonzalez Amaya, identificado (a) con tipo de documento: cc Nº 1124821626, expedida en: pto Gaitan, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 60, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 29 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| Shirley Gonzalez | Shirley Gonzalez |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124821626 |
| **Teléfono** | 314 287 5713 |
| **Dirección** | Casa 220 Unuma |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1620

Yo Adriana Mora Celis ,identificado (a) con tipo de documento: cc Nº 1121830634, expedida en: Puente de oro, residente del municipio pto. Gaitan en el MICROTERRITORIO: 3, en representación de la familia: 61, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Lauri Liliana Valderrama para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 29 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Adriana Mora Celis | adriana mora |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1121830634 |
| **Teléfono** | 3118458470 |
| **Dirección** | Casa 222 Unuma |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1621

Yo Carlos Edilberto Camilo Linares ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 17294185, expedida en: Vista Hermosa residente del municipio Pto gaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: 1, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlubett Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto gaitán el día 12 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| CARLOS EDILBERTO LINARES | |
| **Nombre completo** | Firma Carlos Camilo Linares |
| **Tipo y numero de documento** | CC = 17294185 |
| **Teléfono** | 3112359713 |
| **Dirección** | Unuma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1622

Yo Yudy GUZMAN LAVADO ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1115941564, expedida en: PTO RICO CAQUETA residente del municipio PTO GAITAN en el MICROTERRITORIO: 2, en representación de la familia: FM = 2, Si autorizo X No autorizo ___ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería YURUHETT JELIENNE TRIVIÑO Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 13 del mes de MAYO del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Yudy Guzmanlavado | Yudy Guzman lavado |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1115941564 |
| **Teléfono** | 3138622461 |
| **Dirección** | CASA #291 ONUMA |

1623

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Leidy Viviana Rivera Araque, identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1007374604, expedida en: Pto Gaitán, residente del municipio Pto gaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: 3, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Iruiño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitán el día 13 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Leidy Viviana Rivera | |
| **Nombre completo** | Firma LEIDY Rivera A. |
| **Tipo y numero de documento** | CC 1007374604 |
| **Teléfono** | 3205736201 |
| **Dirección** | Casa 289 Apartamento Unuma |

| DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER X | | EDAD | |
| EN GESTACIÓN: | SI ____ NO ____ | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | |
| **CONYUGUE** | SI | X | NO | X | | |
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | X | CERCANA | | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

**HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HIJO No. 1: EDAD:** 1 mes<br>SEXO: H X M ____<br>GEMELO: SI ___ NO X<br>MELLIZO: SI___ NO X<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI X NO ____<br>EN GESTACIÓN: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**<br>NOAH DAVID TAVERA RIVERA | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | X | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | X | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 2: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 3: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 4: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MADRE de la Persona que recibe la visita<br>Yurani Argoes | EDAD | X | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | X | MUY ESTRECHA | X | MUY ESTRECHA | X |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI X | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| PADRE de la Persona que recibe la visita<br>Angel Noguera | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVO | X | MUY ESTRECHA | X | MUY ESTRECHA | X |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI X | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| MADRE del conyugue<br>Sandra Soto | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | X | MUY ESTRECHA | X | MUY ESTRECHA | X |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| PADRE del conyugue | VIVO | X | MUY ESTRECHA | X | MUY ESTRECHA | |
| Wilson tavera | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

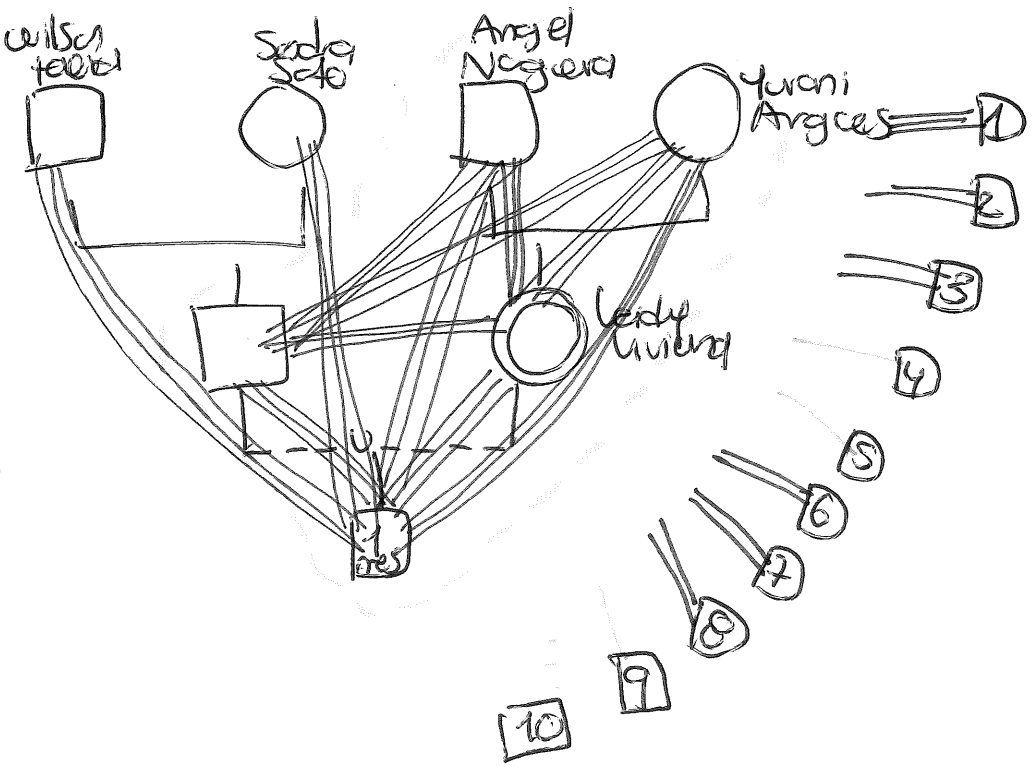
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | | MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | | MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | | QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | | QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | | CERCANA | | |
| RECREACION | | CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | | DISTANTE | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | | ARMONIA | | |
| POLICIA | | | | |
| EJERCITO | | | | |

1625

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Puerto Carter MICROTERRITORIO 4 HOGAR 3




| | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| **SIMBOLOGIA** | | |
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |
| **RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA.** | | |
| MUY ESTRECHA | | |
| CERCANA | | |
| ARMONIOSA | | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| CONFLICTIVA | | |
| DISTANTE | | |
| QUIEBRE | | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

1626

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Jose gustavo Medina ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 25582.99, expedida en: cairo valle, residente del municipio Puerto gaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: 4, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlhett Iruño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitán el día 12 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| Jose gustavo Medina | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma Jose Medina |
| **Tipo y numero de documento** | CC = 25582.99 |
| **Teléfono** | 3105943527 |
| **Dirección** | Unuma Casa #289 habitación |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

7627

Yo Nelly Amparo Henao ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124995768, expedida en: Puerto gaitan residente del municipio pto gaitan en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: 6, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yorluhett Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitan el día 19 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| NELLY AMPARO HENAO | |
| **Nombre completo** | Firma Nelly Amparo Henao |
| **Tipo y numero de documento** | CC = 1124995768 |
| **Teléfono** | 3144178766 |
| **Dirección** | Onuma casa 244 |

1628

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo MARIA LUCIA AMAYA ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1120473661, expedida en: Buenos Aire, residente del municipio pto gaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: 7, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitán el día 17 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Maria lucia Amaya | Maria lucia Amaya |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC. = 1120473661 |
| **Teléfono** | 3228910604 |
| **Dirección** | Uruma Casa 263 |

1629

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Stella Rodriguez Diaz ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1006955561, expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto Gaitan. en el MICROTERRITORIO: 4., en representación de la familia: 8, Si autorizo ✓ No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería yurlibett triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitan el día 14 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Stella Rodriguez | |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC= 1006.945.561 |
| **Teléfono** | 3222512216 |
| **Dirección** | Uruma CS # 239 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1630

Yo MARIA ELENA CARA GAITAN ,identificado (a) con tipo de documento: _____ Nº SIN DOCUMENTO, expedida en: _____, residente del municipio Pto gaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM = 9, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Ayurihett triviño para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitán el día 13 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Maria Elena Cara Gaitan | |
| **Nombre completo** | Firma maria elena cara gaitan |
| **Tipo y numero de documento** | SIN DOCUMENTO |
| **Teléfono** | 3232401943 |
| **Dirección** | CASA # 184 Unuma |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Maria Idalia Rincon Rodriguez ,~~identificado (a) con tipo de documento:~~ CC Nº 30983739, expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM=10, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Triviño Yabismay para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION ~~AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR~~
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- ~~Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.~~

Dado en Puerto Gaitán el día 14 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

~~En constancia firma~~

| Maria Idalia Rincón R. | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC = 1026645739 |
| **Teléfono** | 30983739 |
| **Dirección** | Vereda Casa # |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1632

Yo Ferney Andres Parra ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1006945493, expedida en: PUERTO GAITAN residente del municipio PTO GAITAN en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM_=11, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitan el día 13 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si V ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Ferney Andres Parra | |
| **Nombre completo** | Firma X Ferney Andres P. |
| **Tipo y numero de documento** | 1006945493 |
| **Teléfono** | 3144071957 |
| **Dirección** | Oroma |

## DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 23 | |
| EN GESTACIÓN: | SI ____ NO X | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | | |
| CONYUGUE KAREN CHIPIAJE | SI | X | NO | | | | |
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 21 | |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | X | CERCANA | | CONFLICTIVA | | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | | |

## HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)

**HIJO No. 1: EDAD: ____**
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI____ NO ____
EN GESTACIÓN: SI__ NO___
SEMANAS: _____

| NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | | CERCANA | |
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 2: EDAD: ____**
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

| NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | | CERCANA | |
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 3: EDAD: ____**
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

| NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | | CERCANA | |
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**HIJO No. 4: EDAD: ____**
SEXO: H___ M ____
GEMELO: SI ___ NO __
MELLIZO: SI___ NO __
VIVE CON LA FAMILIA: SI____ NO ____
EN GESTACIÓ: SI__ NO___
SEMANAS: _____

| NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD | | RELACIÓN CON LA MADRE | | RELACIÓN CON HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | CERCANA | | CERCANA | |
| **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

## PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)

MADRE de la Persona que recibe la visita
MARIA RINCON

| | | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | 48 | | | | |
| VIVA | | | MUY ESTRECHA | X | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | | CERCANA | X |
| | NO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

PADRE de la Persona que recibe la visita
FALLECIO

| | | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | | | | | |
| VIVO | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDO | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | | CERCANA | |
| | NO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

MADRE del conyugue
LAURA RODRIGUEZ

| | | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | | | | | | |
| VIVA | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| FALLECIDA | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| VIVE CON LA FAMILIA | SI | | CERCANA | | CERCANA | |
| | NO | | DISTANTE | X | DISTANTE | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3 HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

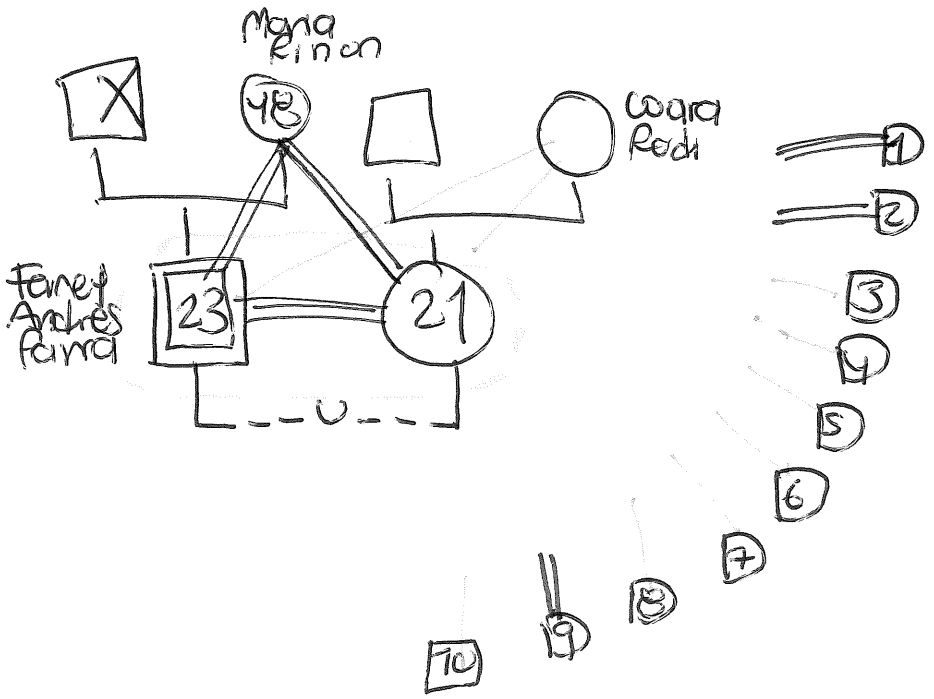
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 1 | 1 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 2 | MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 3 | QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 4 | QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 5 | 2 9 CERCANA | | |
| RECREACION | 6 | CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 7 | 34567 DISTANTE 10 | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 8 | ARMONIA | | |
| POLICIA | 9 | | | |
| EJERCITO | 10 | | | |

1634

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Rosto Gaitan. MICROTERRITORIO 4 HOGAR 11




| | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| **SIMBOLOGIA** | | |
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |
| **RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA.** | | |
| MUY ESTRECHA | | |
| CERCANA | | |
| ARMONIOSA | | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| CONFLICTIVA | | |
| DISTANTE | | |
| QUIEBRE | | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Yuli Andrea Gonzalez M. ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124822407 expedida en: Pto Gaitán residente del municipio ptogaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: 12, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería yurlinett triviño y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitán el día 15 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| Yuli Andrea Gonzalez | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma Yuli andrea Gonzalez |
| **Tipo y numero de documento** | cc 1124822407 |
| **Teléfono** | |
| **Dirección** | Cruma 258 |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Diana Carolina Agraz Agraz ,identificado (a) con tipo de documento: Ce Nº 23663363, expedida en: Venezuela, residente del municipio PTO GAITAN en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM=13, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlibett Triviño para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitán el día 13 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Diana Carolina Agraz A. | . |
| **Nombre completo** | Firma Diana Carolina Agraz |
| **Tipo y numero de documento** | |
| **Teléfono** | 3158863446 |
| **Dirección** | Cra 21a Urumea |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1637

Yo Jaiber Ezequiel lara Velez ~~identificado (a) con tipo de documento:~~ CC Nº 1006944592, expedida en: Pto Gaitán, residente del municipio Pto gaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM=14, Si autorizo ____ No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería gurlihett trivino Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION ~~AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR~~
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- ~~Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.~~

Dado en Puerto gaitan el día 14 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Jaiber Ezequiel lara | |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1006.944.592 |
| **Teléfono** | 3142620779 |
| **Dirección** | CASA # 217 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

16

Yo Jorge luis Duran Molina ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 7680073, expedida en: pto. Gaitan, residente del municipio Pto Gaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM = 15, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto. Gaitan el día 14 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Jorge luis Duran Molina | . |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 7680073 |
| **Teléfono** | 3228932080 |
| **Dirección** | casa 19 cruma |



HACEMOS GRANDE AL META
GOBERNACIÓN DEL META

1639

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Juana Ines Amaya chipiaje ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 30218481, expedida en: Cumarido, residente del municipio Pto gaitan en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM=16, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlibett Inviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto gaitan el día 14 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| Juana INES Amaya C. | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 30218481 |
| **Teléfono** | Sin telefono |
| **Dirección** | Sin dirección |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1640

Yo Cristina Espejo León ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1007869091, expedida en: pto Gaitan, residente del municipio pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM=17, Si autorizo ____ No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en pto. Gaitan el día 14 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Cristina Espejo León | . |
| **Nombre completo** | Firma Cristina Espejo |
| **Tipo y numero de documento** | 1007869091 |
| **Teléfono** | 3138337579 |
| **Dirección** | Unuma casa 138 |

1641

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Emilse Vasquez Payares ,identificado (a) con tipo de documento: _____ Nº 30874842, expedida en: Rio Viejo, residente del municipio Pto Gaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM=78, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitan el día 15 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Emilse Vasquez Payares | |
| **Nombre completo** | Firma Emilse Vasquez |
| **Tipo y numero de documento** | 30874842 |
| **Teléfono** | CASA 145 |
| **Dirección** | |

1642

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Dency Milena Estrada C. ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124820118, expedida en: Ptogaitan, residente del municipio PtoGaitan en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM=19, Si autorizo ____ No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlhett Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION ~~AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR~~
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- ~~Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.~~

Dado en Puertogaitan el día 15 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| DENCY Milena Estrada C. | Dency Estrada |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC = 1124820118 |
| **Teléfono** | 3107973444 |
| **Dirección** | Cruma Casa # 120 |

1643

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Helena Jimena chipiaje ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124988370, expedida en: Cumaribo, residente del municipio Puerto Gaitán en el MICROTERRITORIO: 24, en representación de la familia: 20, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurliheth Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en puerto gaitan el día 27 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Helena Jimena chipiaje | |
| **Nombre completo** | Firma Helena Jimena C. |
| **Tipo y numero de documento** | CC = 1124988370 |
| **Teléfono** | |
| **Dirección** | Unuma Casa 125 |

1644

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo JOSE ISRAEL GRISALES ,identificado (a) con tipo de documento: CC, Nº 8190702, expedida en: SAMANA CALDAS residente del municipio PTO GAITAN en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM-21, Si autorizo ____ No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería yurlihett truiño para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 26 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| JOSE ISRAEL GRISALES | |
| **Nombre completo** | Firma x Jose Isr G.P. |
| **Tipo y numero de documento** | CC 8190702 |
| **Teléfono** | 3124809938 |
| **Dirección** | Oruma CASA # 72 |



HACEMOS GRANDE AL META
GOBERNACIÓN DEL META

1645

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo BENILDA GAITAN RODRIGUEZ ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 40230170, expedida en: PTO GAITAN residente del municipio PTO GAITAN en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: FM.=22, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería yurlihett triviño para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 16 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Benilda Gaitán Rodriguez | |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC-40230170 |
| **Teléfono** | 3228471490 |
| **Dirección** | Unuma casa 21 |

1646

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo CARMEN AURORA BONA ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 68285840, expedida en: Puerto Carreño residente del municipio Pto gaitan en el MICROTERRITORIO: 21, en representación de la familia: 23, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería yorlhett truino y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto gaitán el día 17 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| CARMEN AURORA BONA | |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC = 68285840 |
| **Teléfono** | 3142574053 |
| **Dirección** | Unuma casa 41 |

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1647

Yo Greisy Gabriela Montoya ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 23700186, expedida en: Pto gaitán, residente del municipio ptogaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: 32, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto gaitán el día 25 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| Greisy Montoya | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Firma greisy Montoya |
| **Tipo y numero de documento** | CC - 23700186 |
| **Teléfono** | 3185260497 |
| **Dirección** | Unuma Casa 60 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1648

Yo MARIA ROSALBA AMAYA ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124821562, expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto gaitán en el MICROTERRITORIO: 4, en representación de la familia: 38, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett truiño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitan el día 27 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| MARIA ROSALBA AMAYA | X maria Rosalba A. |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC = 1124821562 |
| **Teléfono** | 3168754338 |
| **Dirección** | Unuma casa # 164 |

1649

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo KAREN LUCERO GAITAN FLOREZ ,identificado (a) con tipo de documento: _____ Nº 1124821852, expedida en: PUERTO GAITAN residente del municipio PTO GAITAN en el MICROTERRITORIO: 21, en representación de la familia: 39, Si autorizo ____ No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería yurlihett trujino para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitán el día 28 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| KAREN LUCERO GAITAN F. | Karen Gaitán |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124821852 |
| **Teléfono** | 3203799736 |
| **Dirección** | Unuma Casa 154 |

1650

| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
|---|---|---|---|---|
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Luz Mery Chipiaje ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124819313, expedida en: Pto gaitan, residente del municipio pto gaitan en el MICROTERRITORIO: 21, en representación de la familia: 43, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Triviño Yabismay para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitan el día 28 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| LUZ MERY CHIPIAJE | Luz Mery Chipiaje |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC=1124819313 |
| **Teléfono** | 3102462352 |
| **Dirección** | Uruma #22 CASA 27 |

1651

| DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | X | EDAD | 29 |
| EN GESTACIÓN: | SI ____ NO ____ | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | |
| **CONYUGUE** | SI | X | NO | | | |
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | | EDAD | |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | X | CERCANA | | CONFLICTIVA | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | |

**HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HIJO No. 1: EDAD:** 5<br>SEXO: H X M ____<br>Gabriel Jesus Gaitan Chipiaje<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI X NO ____<br>EN GESTACIÓN: SI__ NO X<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD**<br>Luz Mery Chipiaje<br>Gabriel Gaitan | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | X | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | X | MUY ESTRECHA | X | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 2: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 3: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 4: EDAD:** ____<br>SEXO: H___ M ____<br>GEMELO: SI ___ NO __<br>MELLIZO: SI___ NO __<br>VIVE CON LA FAMILIA:<br>SI____ NO ____<br>EN GESTACIÓ: SI__ NO___<br>SEMANAS: _____ | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | | | CERCANA | | CERCANA | |
| | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

**PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NO RECUERDA<br>MADRE de la Persona que recibe la visita | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| PADRE de la Persona que recibe la visita | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| MADRE del conyugue | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3<br>HIJO DE: | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

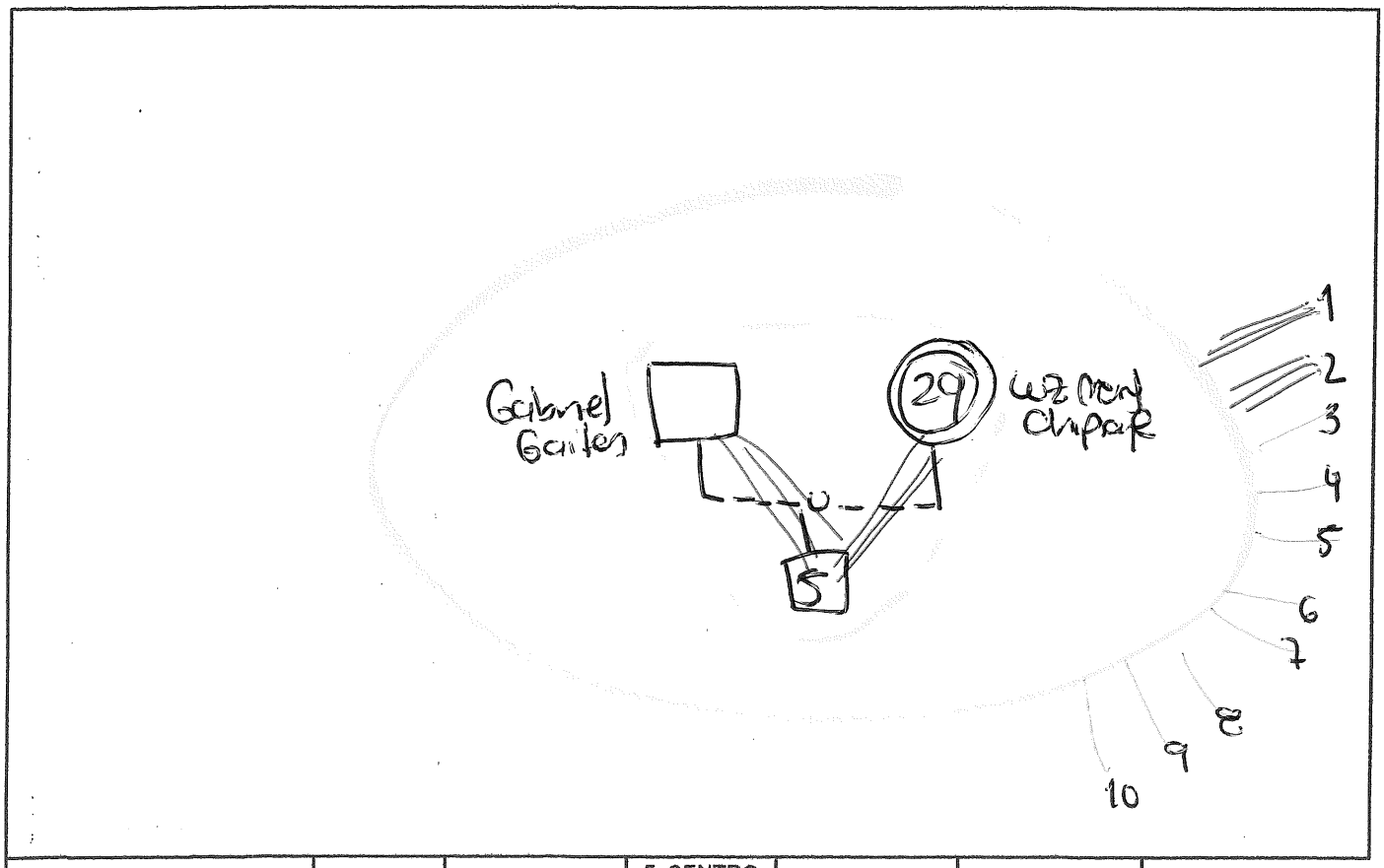
**(una con una linea la relacion que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA 1 | | 1 2 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS 2 | | MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA 3 | | QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA 4 | | QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD 5 | | CERCANA | | |
| RECREACION 6 | | CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION 7 | | 3 4 5 6 DISTANTE 7 8 9 10 | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL 8 | | ARMONIA | | |
| POLICIA 9 | | | | |
| EJERCITO 10 | | | | |

1652

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Puerto Gaitan MICROTERRITORIO 4 HOGAR 43




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

1653

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo Yolima Cipriano Mercado ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1063275803, expedida en: Pto gaitan, residente del municipio Pto Gaitán en el MICROTERRITORIO: 21, en representación de la familia: 47, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Truiño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto gaitán el día 29 del mes de MAYO del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Yolima Cipriano Mercado | |
| **Nombre completo** | Firma Yolima Cipriano mercado |
| **Tipo y numero de documento** | CC = 1063275803 |
| **Teléfono** | 3106455820 |
| **Dirección** | Unuma Casa 161 |

1654

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo MARIA GAITAN HURTADO ,identificado (a) con tipo de documento: PTO GAITAN Nº 1134450052, expedida en: PTO GAITAN, residente del municipio PTO GAITAN en el MICROTERRITORIO: 21, en representación de la familia: 48, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Yurlihett Triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitán el día 29 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No ____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| MARIA GAITAN HURTADO | |
| **Nombre completo** | Firma mariaGaitan |
| **Tipo y numero de documento** | CC 1134450052 |
| **Teléfono** | 3203713917 |
| **Dirección** | Unuma Casa 112 |

1655

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

Yo ALVARO AGUSTO GUZMAN C. ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1124828144, expedida en: Pto Gaitan, residente del municipio Pto Gaitán en el MICROTERRITORIO: 2, en representación de la familia: 50, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería yurlihett triviño y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 29 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| ALVARO AGUSTO GUZMAN | Alvaro Guzman |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC 1124828144 |
| **Teléfono** | 3027760893 |
| **Dirección** | Chuma casa 79 |

1656

## DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEXO: | HOMBRE | X | MUJER | | EDAD | 30 | |
| EN GESTACIÓN: | SI _____ NO _____ | | SEMANAS DE GESTACIÓN | | | | |
| CONYUGUE | SI | | NO | X | | | |
| SEXO: | HOMBRE | | MUJER | | EDAD | | |
| TIPO DE RELACIÓN ENTRE CONYUGUES | MUY ESTRECHA | | CERCANA | | CONFLICTIVA | | |
| | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | DISTANTE | | QUEBRADA / ROTA | | |

## HIJOS (relacione los hijos que tiene la persona que recibe la visita)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HIJO No. 1: EDAD: ____** | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| SEXO: H___ M ____ | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI____ NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| EN GESTACIÓN: SI__ NO___ | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| SEMANAS: _____ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 2: EDAD: ____** | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| SEXO: H___ M ____ | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI____ NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| EN GESTACIÓ: SI__ NO___ | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| SEMANAS: _____ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 3: EDAD: ____** | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| SEXO: H___ M ____ | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI____ NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| EN GESTACIÓ: SI__ NO___ | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| SEMANAS: _____ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **HIJO No. 4: EDAD: ____** | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y EDAD** | | **RELACIÓN CON LA MADRE** | | **RELACIÓN CON HERMANOS** | |
| SEXO: H___ M ____ | | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| GEMELO: SI ___ NO __ | | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| MELLIZO: SI___ NO __ | | | CERCANA | | CERCANA | |
| VIVE CON LA FAMILIA: | **RELACIÓN CON EL PROGENITOR** | | DISTANTE | | DISTANTE | |
| SI____ NO ____ | CASADOS | | **RELACIÓN CON EL PADRE** | | **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES** | |
| EN GESTACIÓ: SI__ NO___ | UNION LIBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| SEMANAS: _____ | DIVORCIADOS | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | SEPARADOS | | CERCANA | | CERCANA | |
| | FALLECIDO | | DISTANTE | | DISTANTE | |

## PADRE O MADRE (Relacione el padre/ madre de la persona que recibe la visita y de su conyugue)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MARIA CARO | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO** | |
| MADRE de la Persona que recibe la visita | VIVA | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | X | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| LUIS ALVARO V. | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| PADRE de la Persona que recibe la visita | VIVO | X | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | X | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | **TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS** | | **TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (a) / NUERA - YERNO** | |
| MADRE del conyugue | VIVA | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PADRE del conyugue | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON NIETOS | | TIPO DE RELACIÓN CON HIJO (A) / NUERA - YERNO | |
| | VIVO | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | FALLECIDO | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **INFORMACIÓN DE GENERACIÓN DESCENDIENTE (Relacione si la persona que recibe la visita tiene nietos)** | | | | | | |
| NIETO No. 1 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 2 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| NIETO No. 3 | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON PADRES | | TIPO DE RELACIÓN CON ABUELOS | |
| HIJO DE: | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| **OTROS FAMILIARES (mencione a otros familiares que sean importantes para la persona que recibe la visita)** | | | | | | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |
| | EDAD | | TIPO DE RELACIÓN CON | | TIPO DE RELACIÓN CON | |
| | HOMBRE | | MUY ESTRECHA | | MUY ESTRECHA | |
| | MUJER | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | | MUY ESTRECHA Y CONFLICTIVA | |
| | VIVE CON LA FAMILIA | SI | CERCANA | | CERCANA | |
| | | NO | DISTANTE | | DISTANTE | |

**ECOMAPA**

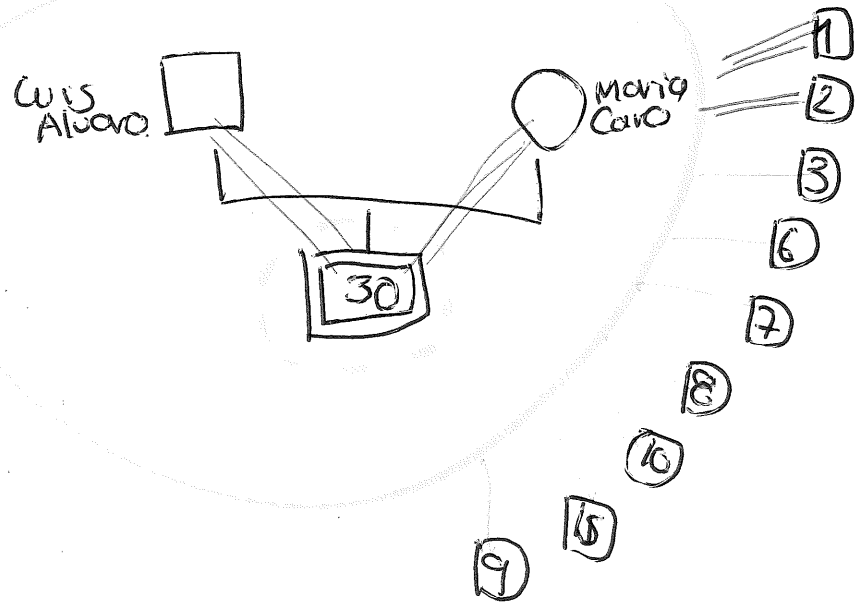
**(una con una línea la relación que tiene cada familia con los diferentes actores sociales)**

| Actor Social | | Nivel de Relación | | otros actores sociales |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIA | 1 | 1 MUY ESTRECHA | | |
| AMIGOS | 2 | MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | | |
| IGLESIA | 3 | QUIEBRE O RUPTURA | | |
| ALCALDIA | 4 | QUIEBRE - RUPTURA REPARADA | | |
| CENTRO DE SALUD | 5 | 2 CERCANA | | |
| RECREACION | 6 | CONFLICTIVA | | |
| EDUCACION | 7 | 3 4 5 6 7 DISTANTE 8 9 10 | | |
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | 8 | ARMONIA | | |
| POLICIA | 9 | | | |
| EJERCITO | 10 | | | |

1657

| | DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo E.S.E | |
|---|---|---|---|---|
| Solución Salud | FAMILIOGRAMA -ECOMAPA PSICOLOGIA- APS | Fecha de Vigencia 2023 | Documento Controlado | |

MUNICIPIO Puerto Gaitán MICROTERRITORIO 4 HOGAR 30




| SIMBOLOGIA | HOMBRE | MUJER |
|---|---|---|
| PERSONA QUE DA LA INFORMACION | | |
| HOMBRE O MUJER | | |
| FALLECIDO HOMBRE O MUJER | | |
| EMBARAZO | | |
| UNIÓN LIBRE | U | |
| MATRIMONIO | M | |
| UNIÓN LIBRE SEPARADA | U.S | |
| MATRIMONIO DIVORCIO | M.D | |

| RELACIONES DE FAMILIOGRAMA- ECOMAPA. | |
|---|---|
| MUY ESTRECHA | |
| CERCANA | |
| ARMONIOSA | |
| MUY ESTRECHA PERO CONFLICTIVA | |
| CONFLICTIVA | |
| DISTANTE | |
| QUIEBRE | |

| ECOMAPA REDES DE APOYO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. FAMILIA | 3. IGLESIA | 5. CENTRO DE SALUD | 7.EDUCACIÓN | 9. POLICIA |
| | 2. AMIGOS | 4. ALCALDIA | 6. RECREACIÓN | 8. JUNTA DE ACCIÓN | 10. EJERCITO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1658

Yo Isabel Bolivar Gaitan ,identificado (a) con tipo de documento: CC Nº 1125550291, expedida en: la primavera, residente del municipio Pto gaitán en el MICROTERRITORIO: 21, en representación de la familia: 51, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería yurlihett triviño Y. para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas de mantenimiento y actualización de la caracterización al hogar, *y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de MATENIMIENTO Y ACTUALIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESA solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Puerto Gaitan el día 29 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si X ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Isabel Bolivar Gaitán | Isabel Bolivar |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | CC 1125550291 |
| **Teléfono** | 3118000344 |
| **Dirección** | 167 CS Unumo |

1659

# ANEXO 14

# LISTADOS DE ASISTENCIA CARACTERIZACION O MANTENIMIENTO

## PERIODO 2

## DEL 11 DE MAYO AL 10 DE JUNIO DE 2025

## CONTRATO 0563 DE 2025

## *ESE SOLUCIÒN SALUD*

Puerto Gaitán

# PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 1 | EBS | 2 | AUXILAIR DE ENFERMERIA | Miriam Liliana Rojas G. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. Infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 65 | X | | 7 | Lorena Holguin | CC | 1006944242 | No Refiere | | x | | | | | | | | | | x | | 10-06-2025 | Lorena Holguin |
| 66 | X | | 7 | Deisy Yanet Londoño Valencia | CC | 1125469457 | No refiere | | x | | | | | | | | | | x | | 10-06 2025 | Deisy Londoño |
| 67 | X | | 2 | Ruben Danilo Hernandez | CC | 1125001408 | 312833424 | x | | | | | | | | | | | x | | 10-06-2025 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Puerto Gaitán

# PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 1 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Miriam Liliana Rojas G |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 1 | x | | 2 | licelia Montoya Gamboa | CC | 43560 98 | 310 504 3090 | | x | | | | | | | | | | x | | 12-05 2025 | licelia Montoya |
| 2 | | x | 2 | Yeimi Yamileth Perez Vargas | CC | 1116 776 895 | 313 567 4293 | | x | | | | | | | | | | x | | 12-05 2025 | Yeimi Perez |
| 3 | x | | 3 | Yanetzi chipiaje R. | CC | 1124 471 684 | No Refiere | | x | | | | | | | | | | x | | 12-05 2025 | Yanetzi C. chipiaje R. |
| 4 | | x | 3 | Yasmin Bautista lemus | CC | 1085 2 44 817 | 315 809 4312 | | x | | | | | | | | | | | x | 12-05. 2025 | Yasmin Lemus |
| 5 | x | | 3 | Carmen Lisbeth Hernandez G. | CC | 15 891 926 | 322 682 4103 | | x | | | | | | | | | | | x | 12-05 2025 | Carmen Lisbeth Hernadez |
| 6 | | x | 4 | Yhon Alejandro Vargas Salcedo | CC | 1124 999 957 | 310 322 0185 | x | | | | | | | | | | | | x | 12-05 2025 | |
| 7 | x | | 4 | Virginia Teresa vargas salcedo | CC | 1124 997 298 | | | | | | | | | | | | | | | 12-05. 2025 | |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 7 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Miriam Liliana Rojas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 8 | x | | 4 | Maria Salcedo Chipiaje | cc | 21 269 522 | No Refiere | | x | | | | | | | | | | | x | 16-05 2025 | |
| 9 | | x | 2 | Osiri Isabel Martinez Rodriguez | cc | 11273 86230 | 313289 7010 | | x | | | | | | | | | | x | | 17-05 2025 | Osiri Martinez |
| 10 | x | | 4 | Elisa Gaitan | cc | 40230 266 | No Refiere | | x | | | | | | | | | | | x | 17-05 2025 | |
| 11 | x | | | Juan Pablo Lara | cc | 1124 995 081 | No refiere | x | | | | | | | | | | | x | | 17-05 2025 | |
| 12 | x | | 4 | Celmira Hevados Gaitan | cc | 1124 996 566 | 313 484 76 79 | | x | | | | | | | | | | x | | 17-05 2025 | celmira H. |
| 13 | x | | 4 | Cesar Miguel Noguera | cc | 1124 991 770 | | x | | | | | | | | | | | x | | 19-05 2025 | Cesar Miguel Noguera |
| 14 | | x | 4 | Leivy Rosales | cc | 1124 821 666 | | | x | | | | | | | | | x | | | 19-05 2025 | Leivy Rosales |

1663

Puerto Gaitán

# PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 7 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Miriam Liliana Rojas G |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 15 | | x | 3 | Veronica Amalia | CC | 1124999 373 | 313 230 6002 | | x | | | | | | | | | x | | | 19-05 2025 | veronica |
| 17 | x | | 3 | Silberio Castro Fonseca | CC | 17 245 207 | 318039 3506 | x | | | | | | | | | | | x | | 19-05 2025 | silberio Castro |
| 18 | x | | 2 | Luis Carlos Carrascal | CC | 17360 660 | No refiere | x | | | | | | | | | | | x | | 19-05 2025 | Luis Carlos carrascal |
| 19 | x | | 3 | Yohis Susbleidy Martinez Gutierrez | CC | 1007703 810 | No Tiene | | x | | | | | | | | | | x | | 19-05 2025 | Yois Martinez |
| 20 | | x | 2 | Luis Enrique Renuma Yuvima | CC | 81916 35 | 313212 6924 | x | | | | | | | | | | | | x | 19-05 2025 | Luis Enrique Renuma |
| 21 | | x | 3 | Campo Elias Renuma Sosa | CC | 1124990 172 | 313463 2100 | x | | | | | | | | | | x | | | 19-05 2025 | |
| 22 | | x | 3 | manuel Antonio Renuma Sosa | CC | 1006 951 065 | 311 214 8634 | x | | | | | | | | | | x | | | 19-05 2025 | |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 7 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | miriam Lillara Rojas 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 23 | x | | 3 | Nohora Yineth Arias Rivera | CC | 20750 862 | 311780 9648 | | x | | | | | | | | | | | x | | 19-05 2025 | Nohora Arias |
| 24 | | x | 2 | Juana maria Gaitan Rodriguez | CC | 40250 465 | 322849 7471 | | x | | | | | | | | | | | x | | 20-5 2025 | |
| 26 | | x | 2 | Stella Amaya | CC | 1124819 705 | 321497 3275 | | x | | | | | | | | | | x | | | 20-05 2025 | Stella Amaya |
| 28 | x | | 2 | Shon Hervin Lara | CC | 1124 996287 | 322928 3586 | x | | | | | | | | | | | x | | | 20-05 2025 | Shon Lara |
| 29 | | x | 1 | marcela Barrera | CC | 1006944 172 | No Refiere | | x | | | | | | | | | | x | | | 20-05 2025 | Marcela Barrera |
| 30 | | x | 1 | mercedes Barrera florez | CC | 30215 750 | 311860 6256 | | x | | | | | | | | | | | | x | 20-05 2025 | |
| 31 | x | | 5 | Neyla Briyith Estrada | CC | 1006945 221 | 316 639 38 18 | | x | | | | | | | | | | | x | | 21-05 2025 | Neyla Estrada |

Puerto Gaitán

## PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 1 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Miriam Liliana Rojas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 32 | | x | 3 | Leidy Yulith Hernandez Rodri | cc | 1124 991 411 | 311 482 5776 | | x | | | | | | | | | | x | | 21-05 2025 | Leidy Hernandez |
| 33 | | x | 2 | Yarlis Johana Rojas Valencia | cc | 1045 427 610 | 313 325 2681 | | x | | | | | | | | | | x | | 21-05 2025 | Yarlis Rojas |
| 34 | | x | 3 | Yuly karina Gaitan | cc | 1124821 234 | 311 244 3103 | | x | | | | | | | | | | x | | 25-05 2025 | Yuly karina Gaitan |
| 35 | x | | 3 | Leidy viviana Bona cordero | cc | 1192786 922 | 315 66 50983 | | x | | | | | | | | | x | | | 26-05 2025 | Leidy Bona |
| 36 | x | | 3 | Luz marina cordero Colmenares | cc | 30937 659 | No Tiene | | x | | | | | | | | | | | x | 26-05 2025 | |
| 37 | x | | 7 | Fabiola Gaitan | cc | 10100 67043 | 315885 6511 | | x | | | | | | | | | | | x | 26-05 2025 | Fabiola Gaitan |
| 38 | x | | 7 | Mary Luz Romero Tovar | cc | 68 24 9805 | 320453 55 37 | | x | | | | | | | | | | | x | 26-05 2025 | |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 7 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Miriam Liliana Rojas G. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 39 | x | | 4 | Jesen Yepes Cortes | CC | 1006945228 | 318 548 1005 | x | | | | | | | | | | | x | | 26-05-2025 | |
| 40 | x | | 1 | Rosa maria Bermudes | CC | 41 250 313 | 311 542 4210 | | x | | | | | | | | | | | x | 26-05-2025 | |
| 41 | | x | 2 | Erianyelis Irazabal | CC | 16740027 | 320 315 2033 | | x | | | | | | | | | x | | | 27-05-2025 | Erianyelis Irazabal |
| 42 | x | | 1 | Jaider elles Pérez | CC | 800277 12 | 323422 8319 | x | | | | | | | | | | | x | | 27-05-2025 | Jaider elles Perez |
| 43 | | x | 2 | Grisalida morales Gail | CC | 63480 742 | No Tiene | | x | | | | | | | | | | x | | 27-05-2025 | Grisalida |
| 44 | x | | 4 | Zeydelys chipiaje Rodriguez | CC | 30690 720 | 322479 0851 | | x | | | | | | | | | x | | | 29-05-2025 | Zeidelys chipiaje |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 7 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | miriam Liliana Rojas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 44 | x | | 3 | Zeydelys Chilpiaje Rodriguez | CC | 30690 720 | 322479 0851 | | x | | | | | | | | | | x | | | 29-05-2025 | Zeydelys |
| 45 | x | | 2 | vitelio Castrillon Rodriguez | CC | 81909 74 | No Tiene | x | | | | | | | | | | | | | x | 29-05-2025 | |
| 46 | x | | 3 | Zulay Pamela Galviz Linarez | TI | 1124822 623 | No Tiene | | x | | | | | | | | | x | | | | 29-05-2025 | Zulay Galviz |
| 47 | | x | 2 | Ana Betolia Cornieles Alierdo | CC | 41255 465 | 318800 8892 | | x | | | | | | | | | | | x | | 29-05-2025 | Ana Betolia Cornieles |
| 48 | | x | 2 | Maria delcarmen mancipe | CC | 30982 157 | NoTiene | | x | | | | | | | | | | | | x | 29-05-2025 | Maria del Carmen Mancipe |
| 49 | x | | 2 | Nelsy Martinez Delgado | CC | 52887 279 | 310322 5454 | | x | | | | | | | | | | | | | 29-05-2025 | Nelsy Martinez |
| 50 | | x | 5 | cristina Amaru | CC | 30982 097 | 321854 7942 | | x | | | | | | | | | | | x | | 9-06-2025 | cristina |

Puerto Gaitán

## PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 1 | EBS | 2 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | miriam Liliana Rojas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| S1 | | x | 1 | Nulcy Dusley mendoza chipaje | CC | 1006952426 | 320996 5274 | | x | | | | | | | | | x | | | 9-05-2025 | Nulcy Mendoza |
| S2 | | x | 2 | Solanyi Leon Leon | CC | 1134449136 | 3209781527 | | x | | | | | | | | | x | | | 9-05-2025 | Solanyi Leon |
| S3 | | x | 1 | Valentin Amaya Amaya | CC | 1124818086 | 310 867 7406 | x | | | | | | | | | | | x | | 9-05-2025 | Valentin |
| S4 | | x | 1 | maria del carmen Amaya Gaita | CC | 40442732 | No refiere | | x | | | | | | | | | | x | | 9-05-2025 | Maria Amaya |
| S5 | | x | 5 | Carmenza Amay Lem | CC | 1134449118 | NO Tiene | | x | | | | | | | | | x | | | 9-05-2025 | Carmenza |
| S6 | x | | 1 | Karen Dayana Rojas Flores | | 1151454119 | 311 481 0150 | | x | | | | | | | | | | x | | 9-05-2025 | Karen Rojas |
| S7 | x | | 1 | Eliecer Dario Gaita | | 1182041101 | 313486 1423 | x | | | | | | | | | | | x | | 9-05-2025 | Eliecer Gaita |

1669

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 677 | MICROTERRITORIO #: | 1 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Miriam Liliana Rojas G |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud adultez | Vejez | |
| 58 | x | | 1 | Jose Sambrano Amaya | CC | 1124819903 | 3134824741 | x | | | | | | | | | | x | | 9-05-2025 | Jose sambrano |
| 59 | x | | 3 | Amalfi Suarez Cubare | CC | 1124988892 | 3023862815 | | x | | | | | | | | | x | | 9-05-2025 | Amalfi Suarez |
| 60 | | x | 1 | fidelmo Granados Amaya | CC | 81926615 | 3218547942 | x | | | | | | | | | | x | | 9-05-2025 | |
| 61 | | x | 1 | Jaime Alfonso Tique Gaia | CC | 1124988881 | 3134221726 | x | | | | | | | | | | x | | 10-05 2025 | Jaime Tique |
| 62 | | x | 1 | Linda marbry Sabogal Corico | CC | 1121200086 | 3124165226 | | x | | | | | | | | | x | | 10-5-2025 | Linda Sabogal |
| 63 | x | | 1 | chachi Amaya chipiaje | CC | 1148205209 | 3227321917 | x | | | | | | | | | | x | | 10-05-2025 | chachi Amaya |
| 64 | x | | 1 | Jennifer Durlany Usme Murillo | CC | 1124571060 | 3223839490 | | x | | | | | | | | | x | | 10-05 2025 | |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 2 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Alejandra Sanchez Lunca. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 1 | | X | 5 | Yelmy Stella Moreno Vaso | CC | 1013614287 | 3224092663 | | X | | | | | | | | | | X | | 12/05/2025 | Yelmy moreno. |
| 2 | | X | 2 | Rebeca Castro Carrillo | CC | 37342811 | 3127643424 | | X | | | | | | | | | | X | | 12/05/2025 | Rebeca Castro |
| 3 | | X | 6 | Susana Sánchez Gaitan | CC | 1124996441 | 3115630764 | | X | | | | | | | | | | X | | 13/MAY 2025 | Susana Sánchez |
| 4 | | X | 5 | Rosalia Yepes Amaya | CC | 1136275331 | 3223151480 | | X | | | | | | | | | | X | | 13/May 2025. | Rosalia |
| 5 | X | | 3 | Ana Belky Idra | CC | 1136275289 | NO TIENE | | X | | | | | | | | | | X | | 16/MAY 2025. | |
| 6 | X | | 3 | Cristian Ramon Gaitan | CC | 1136275364 | 3227665665 | X | | | | | | | | | | X | | | 16/MAY 205. | |
| 7 | | X | 2 | luz tdith Garcia lara. | CC | 1124829478. | NO TIENE | | X | | | | | | | | | X | | | 16/MAY | Luzedith. |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 2 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Alejandra Sanchez Cuenca |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 8 | X | | 3 | Alfredo Garcia Tovar | cc | 18250 633 | 313289 7018 | X | | | | | | | | | | | X | | 17/05/2025 | |
| 9 | X | | 3 | Luz marina León Florez | cc | 1151454 173 | No Tiene | | X | | | | | | | | | X | | | 19/05/25. | Luz mañana. |
| 10 | | X | 3 | Ismael León T. | cc | 81927 94 | No Tiene | X | | | | | | | | | | | X | | 19/05/25 | |
| 10 | | X | 3 | Florencia Flores | cc | 112499 8707 | NO Tiene. | | X | | | | | | | | | | X | | 19/05/25. | Florecia Flores. |
| 11 | | X | 4 | Tiobardo Amaya | cc | 819300 4 | 314000 75 | X | | | | | | | | | | | X | | 20/05/25 | |
| 13 | | X | 3 | Franay Idaly Gaitan Sosa | cc | 1006943 835 | 317226 0999 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/25 | Franay Idaly. |
| 14 | X | | 2 | Silvia Rodrigo Chipaje | cc | 1125000 642 | 313474 6864 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/25 | Silvia. |

7672

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 2 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Alejandra Sanchez Cuaca |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 12 | | X | 3 | linda Gonzales Amaya | cc | 1124824637 | 3219059518 | | X | | | | | | | | | | X | | 19/05/2025 | linda Gonzales. |
| 15 | | X | 3 | linda Romero Chipiaje. | cc | 1007309992 | 3202894442 | | X | | | | | | | | | | | | 19/05/2025. | linda. |
| 16 | X | | 1 | Jhon Freddy Amaya | cc | 1124988358 | 3138438927 | X | | | | | | | | | | | X | | 19/05/2025 | JhonF. |
| 17 | | X | 2 | Blanca irene Rodriguez G. | cc | 1125548434 | 3202844116 | | X | | | | | | | | | X | | | 19/05/2025. | BlancG. |
| 18 | X | | 1 | leidy Tatiana Gaitan. | cc | 1124824235. | 3108568599. | | X | | | | | | | | | X | | | 19/05/2025. | Leidi. |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 2 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Alejandra Sanchez Cuenca |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 19. | | X | 1 | leidi Tatiana Gaitán | CC | 1124821235 | 3108568599. | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | leidi |
| 20 | | X | 1 | Flor Delia. Caribán Chipiaje. | CC | 30218275 | 3133943867 | | X | | | | | | | | | | X | | 20/05/2025 | Flor D |
| 22 | | X | 2 | Jose de los Santos R.b. | CC | 9168381 | 3160952971 | X | | | | | | | | | | | X | | 20/05/2025. | JesL |
| 23 | | X | 3 | lina marcela Guerrero espejo | CC | 1134449557 | 3203906264 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Lina |
| 24 | | X | 3 | Diana ubaldina Hernandez Ponare. | CC | 40250492 | 3224344573 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Dianalp |
| 25 | | X | 4 | Adelayda Stella. Cavagua. H... | CC CC | 1006952467 | 3209780423 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05 2025 | Estella C |
| 25 | | X | 4 | Helber Ponare Rojas. | CC | 1006952485 | 3209780423 | X | | | | | | | | | | X | | | 20/05 2025 | Herben pr. |

1674

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 2 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Alejandra Sanchez Torres |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 26 | | X | 2 | Derly Patricia Hernandez. | CC | 1124440906 | NO TIENE | | X | | | | | | | | | | | | 21/05/2025 | Derly P. |
| 27 | | X | 1 | Rafael Armando Salcedo Pardomo | CC | 94322925 | NO TIENE | X | | | | | | | | | | | | | 21/05/2025 | Rafael |
| 28 | | X | 2 | Gladys Diaz | CC | 30982870. | NO TIENE | | X | | | | | | | | | | | | 21/05/2025 | Gladys. |
| 44 | | X | 1 | Arnoldo David Daza Soto | CC | 1003624995 | 3203803534 | X | | | | | | | | | | | | | 29/05/2025. | David Daza Sot |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 2 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Alejandra Sanchez Correa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 29 | X | | 2 | Luis Jorge Ramirez Valencia | cc | 1017201717 | 3118263790 | X | | | | | | | | | | | | | 26/MAY 2025 | Luis Jorge R. |
| 30 | | X | 4 | Claudia Celina Ponare Gomez | cc | 2000022308 | 3133808353 | | X | | | | | | | | | | | | 26/MAY 2025 | Claudia |
| 32 | | X | 1 | Jorge Antonio Fajardo Sines. | cc | 16481526 | 3127684584 | X | | | | | | | | | | | | | 27/MAY 2025 | |
| 33 | | X | 4 | Luz Mery Chipiaje Erren | cc | 1124825457 | 3159074503 | | X | | | | | | | | | | | | 27/MAY 2025 | Luz Mery Chipiaje. |
| 34 | | X | 2 | Luis Eduardo morales Gaitán | cc | 1124828604 | 3154558370 | X | | | | | | | | | | | | | 27/MAY 2025. | Eduardo M. |
| 35 | | X | 1 | Jose Luis morales Gaitán | cc | 1124824854 | 3101755297. | X | | | | | | | | | | | | | 27/MAY 2025 | Josse Ortiz |
| 36 | | X | 2. | Luis Orlando Chipiaje nieto | cc | 8193272 | 3172260641 | X | | | | | | | | | | | | | 28/MAY 2025 | Luis Orlando |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 2 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Alejandra Sanchez Cocneca |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. Infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 37 | | X | 2. | Henaida Gaitán Hurtado | CC | 1134450057 | 3202882283 | | X | | | | | | | | | | | | 28/05/2025 | Henaida G.H |
| 38 | | X | 4 | Katherine Sandoval Gaitán | CC | 1134449732 | 3144587617 | | X | | | | | | | | | | | | 28/05/2025 | Katherine |
| 39 | | X | 1 | miriam Sandoval Gaitan | CC | 1934449735 | | | X | | | | | | | | | | | | 28/05/2025 | Miriam |
| 40 | | X | 4 | Deysi Yaneth londoño Valencia | CC | 1125469457 | | | X | | | | | | | | | | | | 28/05/2025 | Yuraní |
| 41 | | X | 1 | william Guadalupe machado. | CC | 1124824650 | | X | | | | | | | | | | | | | 28/05/2025 | William Diaz |
| 31 | X | | 1 | Carolina. Rincón | CC | 1120332820 | 3212874095 | | X | | | | | | | | | | | | 27/MAY/2025. | Carolina R. |
| 21 | X | | 1 | Fidelino Mejia | CC | 1124819123 | 3144414164 | X | | | | | | | | | | | | | 20/MAY/2025 | Fidelino Mejia |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 2 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Alejandra Sanchez Lizcano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 42 | X | | 3 | Luz Celia Perez Sierra | CC | 1006946078 | 3169513296 | | X | | | | | | | | | X | | | 29/MAY 2025 | Luz Celia Perez Sierra |
| 43 | | X | 1 | Yenny Khaterin Quintero Silva. | TI | 1124824407 | NO Tiene | | X | | | | | | | | X | | | | 29/MAY 2025 | Yenny Katherine Q |
| 45 | | X | 1 | Gustavo Andres Castrillon Amaya. | CC | 1116612125 | NO TIENE | X | | | | | | | | | | X | | | 29/MAY 2025 | Gustavo |
| 46 | | X | 1 | Jairo Jampol Rodriguez Colmenares | CC | 1136299121 | NO Tiene. | X | | | | | | | | | | X | | | 29/MAY 2025 | Jairo Jampol Rodriguez |
| 47 | | X | 3 | Brianda Yuredy Mora Martinez | CC | 1010026591 | 3132623046 | | X | | | | | | | | | | X | | 29/MAY 2025 | |
| 48 | | X | 1 | Pedro Gaitan Gabarte. | CC | 1724453 06 | 3209908703 | X | | | | | | | | | | | | X | 9/JUN 2025 | |
| 49 | | X | 3 | Gladys Cardozo Palacios | CC | 1124852549 | 3219394093 | | X | | | | | | | | | X | | | 9/JUN/ 2025 | GLADYS Cardozo |

1678

Puerto Gaitán

## PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 2 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Alejandra Sanchez Cuervo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 50 | | X | 1 | Juan Camilo Gomez Machecha | cc | 1120500748 | | X | | | | | | | | | | X | | | 9/jun 2025 | Juan Camilo |
| 51 | | X | 1 | Juvenal Rivera Gaitan | cc | 1124832599 | 3223690826 | X | | | | | | | | | | X | | | 9/jun/2025 | Juvenal |
| 52 | | X | 1 | Jose Anibal Amaya Suarez | cc | 1124823181 | 3169506825 | X | | | | | | | | | | X | | | 10/jun 2025. | |
| 55 | | X | 1. | Juan David Sanchez Jojoa | cc | 1122918634 | NO Tiene | X | | | | | | | | | | X | | | 10/jun/2025 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1679

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Lauri Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 1 | X | | 4 | Lisveth Naroby Salcedo | CC | 1193118333 | 3103332147 | | X | | | | | | | | | X | | | 12-05-25 | Lizveth S. |
| 2 | X | | 4 | Rosa Isabel de la ossa | CC | 50876711 | 3223572085 | | X | | | | | | | | | | X | | 13-05-25 | Rosa de la ossa tovar |
| 3 | X | | 2 | Yurany Argaez Arredondo | CC | 1038542129 | 3134552305 | | X | | | | | | | | | | X | | 13-05-25 | Yurani Argaez. |
| 4 | X | | 3 | Maribel Encizo | CC | 1124818780 | 3222913625 | | X | | | | | | | | | X | | | 13-05-25 | Maribel Encizo. |
| 5 | X | | 2 | Tulio Vargas | CC | 4295643 | 3118508926 | X | | | | | | | | | | | | X | 13-05-25 | Tulio Vargas. |
| 6 | X | | 3 | Yury Andrea Riaño Culma | CC | 1121855714 | 3143356075 | | X | | | | | | | | | | X | | 16-05-25 | YURY ANDREA RIAÑO CULMA. |
| 7 | X | | 4 | Isela Castañeda Silva | CC | 1124827580 | 3102626126 | | X | | | | | | | | | | X | | 16-05-25 | Isela castañeda Silva |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Lauri Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 8 | X | | 4 | Graciela Jaque | CC | 309832 45 | 311545 3316 | | X | | | | | | | | | | X | | 16-05-25 | Gricela Jaque |
| 9 | X | | 1 | Floralba Rojas | CC | 236079 86 | 311575 6630 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | Floralba Rojas |
| 10 | X | | 2 | Nini Karina Romero Jaque | TI | 1124821 1778 | 313472 4848 | | X | | | | | | | | X | | | | 19-05-25 | Nini Karina Romero |
| 11 | X | | 5 | Flor mireya Gaitan Floret | CC | 119277 2767 | 321340 2116 | | X | | | | | | | | | X | | | 19-05-25 | Flor Mireya Gaitan |
| 12 | X | | 4 | Teresa Floret ponare | CC | 302175 24 | 3134125 343 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | |
| 13 | X | | 4 | Ingrid lara Mejia | CC | 1124821 137 | 320918 1878 | | X | | | | | | | | | X | | | 19-05-25 | Ingrid lara M. |
| 14 | X | | 4 | Frandeny Chipiaje | CC | 1125550 072 | 315826 4962 | X | | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | frandeni cha- |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Lauri Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 15 | X | | 2 | Sandra Yurani Gonzalez | CC | 1124822408 | 3106897201 | | X | | | | | | | | | X | | | 19-05-25 | Sandra M. |
| 16 | X | | 5 | Dolfenia Marin | CC | 1124821652 | 3222417815 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | DOLFENIA MARIN |
| 17 | X | | 3 | Erika Andrea Medina | CC | 1115187576 | 3144532349 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | Andrea Medina |
| 19 | X | | 2 | Victor Manuel Vigoya | CC | 11406240 | 3114562867 | X | | | | | | | | | | | | X | 19-05-25 | |
| 18 | X | | 6 | Luz Enith Mercado Bertran | CC | 1007285010 | 3105421531 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | Luz Enith Mercado |
| 20 | X | | 3 | Edilma Ponare Cavare | CC | 30216095 | 3115430793 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | Edilma Ponare C. |
| 21 | X | | 4 | Nelly Chipiaje Rodriguez | CC | 1125549568 | 3118402393 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | Nelly chipiaje |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Lauri Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 22 | X | | 4 | Nidia yolanda Chipiaje Amaya | cc | 1124249 98395 | No refiere | | X | | | | | | | | | | | X | | 20-05-25 | Nidia |
| 23 | X | | 2 | Chachi Amaya | cc | 114820 5269 | no refiere | | X | | | | | | | | | | X | | | 20-05-25 | Chachi Amaya |
| 24 | X | | 3 | Diana Milena Chipiaje | cc | 1151451050 | 322732 1917 | | X | | | | | | | | | | X | | | 20-05-25 | Diana Milena Chipiaje |
| 25 | X | | 5 | Yolanda Moreno Amaya | cc | 1124827 491 | 320288 2286 | | X | | | | | | | | | | | X | | 20-05-25 | Yolanda Moreno A. |
| 26 | X | | 7 | Oneida campo vasquez | cc | 105257 3456 | 322371 5219 | | X | | | | | | | | | | | X | | 20-05-25 | oneida campo |
| 27 | X | | 3 | Karen lisbeth Sarmiento | cc | 1120563 287 | 312327 6155 | | X | | | | | | | | | | X | | | 20-05-25 | Karen Sarmiento |
| 28 | X | | 2 | Heriberto Garcia Galtan | cc | 66499 51 | 320921 14810 | X | | | | | | | | | | | | | X | 20-05-25 | |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Lauri Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 29 | X | | 5 | Luz Irene Peret | CC | 1134449942 | 3228196779 | | X | | | | | | | | | | X | | 21-05-25 | Luz IRENE |
| 30 | X | | 5 | Mayerlina Gaitan | CC | 1148711161 | 3114810150 | | X | | | | | | | | | X | | | 21-05-25 | mayerLina |
| 31 | X | | 1 | Luz Mila Manape | CC | 30982490 | 3228507326 | | | | | | | | | | | | | X | 21-05-25 | Luz Mila. |
| 32 | X | | 3 | Delsy Rojas Gaitan | CC | 1124828898 | 3134353667 | | X | | | | | | | | | X | | | 21-05-25 | Delsy Rojas Gaitan |
| 33 | X | | 6 | Marina Gaitan Hurtado | CC | 1134450055 | 3223699111 | | X | | | | | | | | | X | | | 21-05-25 | Marina |
| 34 | X | | 3 | Lina Romero Ayala | CC | 1124989276 | 3161594870 | | X | | | | | | | | | X | | | 21-05-25 | Lina Romero. |
| 35 | X | | 3 | Yuli paola Darapo | CC | 1134450043 | 3144301524 | | X | | | | | | | | | | X | | 21-05-25 | Yuli paola Darapo |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Lauri Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 36 | x | | 1 | German Rodriguez Chipiaje | CC | 4186254 | 3102839434 | x | | | | | | | | | | | | x | 21-05-25 | |
| 37 | x | | 2 | Reinaldo Hernandez | CC | 3248512 | 3209793595 | x | | | | | | | | | | | | x | 22-05-25 | Reinaldo Hernández |
| 38 | x | | 3 | Leticia Bejarano Camillo | CC | 1120473674 | 3123827877 | | x | | | | | | | | | x | | | 22-05-25 | Leticia Bejarano |
| 39 | | x | 3 | Alexander Rodriguez Yepes | CC | 1136275376 | 3209471213 | x | | | | | | | | | | | x | | 13-05-25 | Alexander Rodriguez. |
| 40 | | x | 2 | Daniel Andres Hernandez | CC | 1028035882 | 3143496083 | x | | | | | | | | | | x | | | 16-05-25 | Daniel H. |
| 41 | | x | 4 | Juanita Maria Candelario | CE | 27224175 | 3213279632 | | x | | | | | | | | | x | | | 17-05-25 | Juanita C. |
| 42 | | x | 3 | Luis carlos ponare | CC | 1124999352 | 3118597044 | x | | | | | | | | | | | | | 21-05-25 | Luis P. |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Lauri Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 44 | x | | 8 | Blanca Nayibe Yepes | CC | 1124828962 | 3186261411 | | x | | | | | | | | | | x | | 26-05-25 | Blanca Yepes |
| 45 | x | | 2 | Astrid Ramirez Riaño | CC | 28567525 | 3203480907 | | x | | | | | | | | | | x | | 26-05-25 | Astrid Ramirez R |
| 46 | | x | 3 | Adriana Alejandra Perez Gaitan | CC | 1006873478 | 3219307554 | | x | | | | | | | | | x | | | 26-05-25 | Adriana Perez |
| 47 | | x | 3 | Maria Alejandra Coronado Romero | CC | 1007343679 | 3174475605 | | x | | | | | | | | | x | | | 26-05-25 | Alejandra Romero |
| 48 | | x | 1 | Wilson Alberto Holguin Avila | CC | 8192043 | 3138037394 | x | | | | | | | | | | | x | | 26-05-25 | Wilson Holguin |
| 49 | | x | 3 | Carmen Cecilia Silva henao | CC | 1006943704 | 3223131356 | | x | | | | | | | | | x | | | 26-05-25 | |
| 50 | x | | 3 | Jenifer Bustos Ramirez | CC | 1107008775 | 3235167368 | | x | | | | | | | | | x | | | 27-05-25 | Jennifer Bustos R. |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAIR DE ENFERMERIA | Lauri Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 51 | | X | 2 | Sandy Eilen Carivan Rodriguez | CC | 1125006211 | 3133924169 | | X | | | | | | | | | X | | | 27-05-25 | Sandy Eilen C.R |
| 52 | X | | 4 | Junior Alfonso Carrillo | CC | 25079386 | 3154090542 | X | | | | | | | | | | | X | | 27-05-25 | Junior |
| 53 | X | | 1 | Jesus Tierradentro | CC | 71373563 | 3108886253 | X | | | | | | | | | | | | X | 27-05-25 | |
| 54 | X | | 6 | Liseth Tatiana Martinez | CC | 1110289726 | 3177528775 | | X | | | | | | | | | | X | | 27-05-25 | |
| 55 | X | | 3 | Lency Esther Bernal Diaz | CC | 1117325890 | 3027760893 | | X | | | | | | | | | X | | | 29-05-25 | Lency Bernal |
| 56 | | X | 2 | Esther Ponare Ramirez | CC | 1125550772 | 3223866553 | | X | | | | | | | | | | X | | 29-05-25 | Esther ponarez |
| 57 | X | | 4 | Ana Patricia Garcia Lara | CC | 1136275363 | 3203716213 | | X | | | | | | | | | X | | | 29-05-25 | PATRICIA |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Lauri Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 58 | | x | 1 | Eneida Gaitan Gaitan | cc | 1125549533 | No refiere | | x | | | | | | | | | | x | | 29-05-25 | |
| 59 | | x | 1 | Manuel Esteban Rodriguez | cc | 1125538796 | No refiere | x | | | | | | | | | | | x | | 29-05-25 | Esteven |
| 62 | | x | 3 | Natalia Granados Amaya | cc | 1124827120 | 3132136517 | | x | | | | | | | | | | x | | 9-06-25 | Natalia G |
| 63 | | x | 1 | Milser Julio Amaya | cc | 1006945155 | 3219150634 | | x | | | | | | | | | | x | | 9-06-25 | Julio A. L. |
| 65 | | x | 5 | Blanca Catalina Amaya Amaya | cc | 1124819782 | 3223663112 | | x | | | | | | | | | x | | | 9-06-25 | Blanca Amaya |
| 64 | | x | 4 | Jairo Amaya. | cc | 1124819778 | 3223663112 | x | | | | | | | | | | | x | | 9-06-25 | JAIRO AMYA |
| 67 | | x | 1 | Carlos Eduardo Angulo | cc | 1120376271 | No refiere | x | | | | | | | | | | | x | | 9-06-25 | Carlos Eduardo |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Leoni Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 66 | | X | 1 | Gilberto leon leon | cc | 1134449056 | 3223663112 | X | | | | | | | | | | | X | | 9-06-25 | Gilberto |
| 60 | X | | 4 | Shirley González Amaya | cc | 1124821626 | 3142875713 | | X | | | | | | | | | | X | | 29-05-25 | Shirley Gonzalez |
| 61 | X | | 2 | Adriana Mora Celis | cc | 1121830639 | 3118458470 | | X | | | | | | | | | | X | | 29-05-25 | adriana mora |
| 43 | | X | 1 | Jaider Chipiaje Maragua | cc | 1006450859 | no refiere | X | | | | | | | | | | X | | | 21-05-25 | jaider chipiaje |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 3 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Lauri Valderrama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 68 | | x | 3 | Ana María Suarez | TI | 1124823680 | 3227643654 | | x | | | | | | | | x | | | | 10-06-25 | Ana María |
| 69 | | x | 2 | Nubia Gaitan Hurtado | CC | 1124823024 | 3134100411 | | x | | | | | | | | | | x | | 10-06-25 | Nubia Gtt |
| 70 | | x | 3 | Diana patricia Curico | CC | 41058181 | 3229827800 | | x | | | | | | | | | | x | | 10-06-25 | Diana P. curico |
| 71 | | x | 1 | Juan Camilo Acevedo Yepes | CC | 1124820678 | 3114721532 | x | | | | | | | | | | x | | | 10-06-25 | · Juan Komilo Acevedo |
| 72 | | x | 3 | Diana Carolina Sanchez Jojoa | CC | 26585823 | 3202933664 | | x | | | | | | | | | | x | | 10-06-25 | Diana |
| 73 | | x | 2 | Clara Ines Floret Amaya | CC | 1124023296 | 3202974710 | | x | | | | | | | | | | x | | 10-06-25 | Clara Ines |
| 74 | | x | 3 | Karina Julieth de las Salas | CC | 1007236142 | 3223685473 | | x | | | | | | | | x | | | | 10-06-25 | Karina. |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 4 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | yurlihett triviño |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 22 | X | | 1 | Benilda Gaitan R | CC | 40230 170 | 322847 1490 | | X | | | | | | | | | | X | | 13-05-25 | belinda gaitan |
| 29 | | X | | Pablo Franco | CC | 255658 | NO tiene | X | | | | | | | | | | X | | | 19-05-25 | Pablo Franco |
| 42 | | X | | Angel villegas Francisco | CC | 149463 58 | 316823 8182 | X | | | | | | | | | | | X | | | angel villegas |
| 45 | | X | | luz Gladys gaitan Flores | CC | 1124822 156 | 312559 0417 | | X | | | | | | | | | | X | | | luz Gaitán |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1691

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 4 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Yurlihett Triviño |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 50 | | X | 3 | Alvaro Agusto gusmán C. | CC | 1124 828144 | 302776 0893 | | | | | | | | | | | X | | | 22-05-25 | ALVARO AGUSTO |
| 52 | | X | | Angel Cuesta Estrada | CC | 73022 268 | 322386 6553 | X | | | | | | | | | | | X | | 22-05-25 | angel Cuesta |
| 53 | | X | | Paola Raquel Flores F. | CC | 1194432 472 | | | | | | | | | | | | X | | | 23-05-25 | Paola Flores |
| 51 | X | | | Isabel Bolivar gaitán | CC | 1125550 291 | 3118000 344 | | X | | | | | | | | | | X | | 23-05-25 | isabel gaitan |
| 54 | | X | | Jose Milber Yavave | CC | 1131450 866 | 310594 3527 | X | | | | | | | | | | X | | | 23-05-25 | Jose Milber Yavave |
| 7 | X | | | Maria Lucia Amaya | CC | 1120473 661 | 322891 0604 | | X | | | | | | | | | X | | | 10-05-25 | maria Amaya |
| 16 | X | | | Juana Ines Amaya C. | CC | 30218 481 | NO TIENE | | X | | | | | | | | | | | | 10-05-25 | |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 4 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Yorlinett Triviño |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 6 | X | | | Amparo Henao Gaitan | CC | 1124995768 | 3144118766 | | X | | | | | | | | | | | X | 19-05-25 | amparo henao |
| 4 | X | | | Jose gustavo Medina | CC | 2558299 | 3105943527 | X | | | | | | | | | | | X | | 17-05-25 | Jose Medina |
| 28 | | X | | tatiana Henao | CC | 1136275172 | 3219143197 | | X | | | | | | | | | | | | 18-05-25 | tatiana henao. |
| 27 | | X | | Efrain Garcia Tovar | CC | 18250585 | 3227002930 | X | | | | | | | | | | | X | | 18-05-25 | Efrain garcia. |
| 8 | X | | | Stella Rodriguez | CC | 1006945561 | 3222512216 | | X | | | | | | | | | X | | | 18-05-25 | Stella Rodriguez |
| 11 | X | | | Ferney Parra | CC | 1006945493 | 3144071957 | X | | | | | | | | | | X | | | 18-05-25 | ferney parra |
| 12 | X | | | Yudi Andrea gonzalez | CC | 1124822407 | | | X | | | | | | | | | | | | 19-05-25 | Yudi Gonzalez |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 4 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Yorlihett Triviño |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 25 | | X | 1 | Ana Maria Rodriguez Y. | CC | 11362 275373 | | | X | | | | | | | | | | X | | 13-05-25 | Ana maria rodriguez |
| 26 | | X | 5 | Wilson Rodriguez | CC. | 1124992 2805 | 320951 8724 | X | | | | | | | | | | | X | | 13-05-25 | Wilson Rodriguez |
| 1 | X | | 1 | Carlos Edilberto Carrillo Linares | CC | 17294 185 | 311235 9713 | X | | | | | | | | | | | X | | 13-05-25 | carlos Carillo |
| 2 | X | | 3 | Yudy Guzman lavado | CC | 1115941 564 | 313862 2461 | | X | | | | | | | | | | | | 14-05-25 | Yudi gusman |
| 3 | X | | 3 | Leidy Viviana Rivera | CC | 1007374 604 | 320573 6201 | | X | | | | | | | | | X | | | 15-05-25 | Leidy Rivera |
| 5 | | X | 1 | Henry tierra dentro | CC | 671612 9 | 310844 3016 | X | | | | | | | | | | | | | 15-05-25 | Henry tierra dentro |
| 24 | | X | 1 | Segua Rodrigue Ramirez | CC | 5880 302 | 322937 4029 | X | | | | | | | | | | | | | 16-05-25 |  |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 4 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Yorlihett Triviño |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 31 | | X | 3 | Sandra Yeny Rojas Gaitan | CC | 1124489788 | 3125489537 | | X | | | | | | | | | X | | | 27-05-25 | Sandra Rojas |
| 23 | X | | 3 | Carmen Aurora Bona | CC | 68285840 | 3142575053 | | X | | | | | | | | | | | X | 27-05-25 | Carmen bona |
| 30 | | X | 3 | Yolima León Espejo | CC | 1006945808 | 3177215538 | | X | | | | | | | | | X | | | 27-05-25 | Yolima León |
| 41 | | X | | Adolia Hurtado | CC | 40230270 | 3144131659 | | X | | | | | | | | | | | X | 27-05-25 | adolia Hurtado |
| 40 | | X | | Angel villegas Francisco Al | CC | 1149463588 | 3168238182 | X | | | | | | | | | | | | X | 26-05-25 | angel francisco |
| 44 | | X | 2 | Luz Nidia Gaitan G. | CC | 1124824843 | 3223269084 | | X | | | | | | | | | X | | | 26-05-25 | luz nidia gaitán |
| 49 | | X | | CECILIA CHIPIAJE | CC | 402302249 | 3222930013 | | X | | | | | | | | | | | X | 26-05-25 | Cecilia Chipiaje |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 4 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Yurithett Triviño |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 10 | X | | 3 | MARIA IDALY RINCON RODRIGUEZ | CC | 30983739 | 3102645739 | | X | | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | maria idaly rincon r |
| 9 | X | | 1 | MARIA ELENA LARA GAITAN | CC | 50568385 | 3138854637 | | X | | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | maria lara gaitan |
| 15 | X | | | JOSE LUIS Duran Molina | CC | 7680073 | 3228932 08 | X | | | | | | | | | | | | | X | 19-05-25 | Jose luis durán |
| 18 | X | | 1 | Emilse Vasquez Payares | CC | 308748842 | 320 28911 58 | | X | | | | | | | | | | | | X | 20-05-25 | Emilse Vasquez Payares |
| 19 | X | | 2 | Dency Milena Estrada Chavés | CC | 1124820178 | 3107913444 | | X | | | | | | | | | X | | | | 20-05-25 | Dency Estrada |
| 20 | X | | 1 | Helena Jimena chipiaje | CC | 1124988370 | | | | | | | | | | | | | | | X | 21-05-25 | Helena chipiaje |
| 21 | X | | | JOSE ISRAEL GRISALES | CC | 8190702 | 3124809998 | | | | | | | | | | | | | | X | 21-05-25 | Jose grisales |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 4 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Yurlihett Triviño |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 38 | X | | | MARIA AMAYA | CC | 1124821562 | 3168754338 | | X | | | | | | | | | | X | | 29-05-25 | Maria Rosalba |
| 47 | X | | | Yolima Amaya C. | CC | 1124831197 | 3133205415 | | X | | | | | | | | | X | | | 29-05-25 | Yolima amaya. |
| 43 | X | | | Luz Mery Chipiaje | CC | 1124819313 | 3102462352 | | X | | | | | | | | | | | | 29-05-25 | Luz Mery Ch. |
| 41 | | X | | Luz Gladys Gaitán Flórez | CC | 1124822156 | 3125590417 | | X | | | | | | | | | | | X | 29-05-25 | Luz gladys gaitán florez. |
| 46 | | X | | Claudia Diaz Yepez | CC | 30982738 | 3106699226 | | X | | | | | | | | | | X | | 30-05-25 | Claudia |
| 48 | X | | | Maria Gaitán Hurtado | CC | 1134450052 | 3203713917 | | X | | | | | | | | | | X | | 30-05-25 | maria |
| 50 | X | | | Alvaro Agusto guzman C. | | 1124828144 | 3027760893 | X | | | | | | | | | | X | | | 30-05-25 | Alvaro Guzman |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 4 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | yurlihett truviño |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 13 | X | | | DIANA CAROLINA AGRAZ AGRAZ | CC | 23663 363 | 315886 3946 | | X | | | | | | | | | | | X | | 12-05-25 | Diana Agraz |
| 14 | X | | | JAIBER LARA VELEZ | CC | 10069 44592 | 314262 0119 | X | | | | | | | | | | X | | | | 12-05-25 | Jaiber Lara |
| 29 | | X | | Pablo Franco Gonzalez C. | CE | 25275 658 | 322 893080 | | | | | | | | | | X | | | | | 12-05-25 | Pablo Gonzalez |
| 15 | X | | | Juana ines Amaya Chipiaje | CC | 30218 481 | | | | | | | | | | | | | | X | | 12-05-25 | NO Firma |
| 17 | X | | | Cristina Espejo León | CC | 1007 869091 | 320289 1158 | | | | | | | | | | | | X | | | 10-05-25 | Cristina espejo |
| 47 | X | | | Yolima Cipriano M | CC | 10G327 5803 | 310645 5820 | | | | | | | | | | | | X | | | 10-05-25 | Yolima Cipriano |
| 19 | X | | | dency Milena Estrada C | CC | 1124 988370 | 310791 34 44 | | | | | | | | | | X | | | X | | 10-05-25 | Dancy Estrada. |

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE ACTUALIZACION Y/O CARACTERIZACIÓN**

| TERRITORIO | 6 | MICROTERRITORIO #: | 4 | EBS | 2 | AUXILAR DE ENFERMERIA | Yurlibet Irwin |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. DE FAMILIA | ACTUALIZACIÓN DE CARACTERIZACIÓN | CARACTERIZACIÓN NUEVA | # MIEMBROS DE LA FLIA | NOMBRES Y APELLIDOS ENTREVISTADO | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | P. infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 32 | X | | | Greisy Montoya | CC | 23700 186 | | | X | | | | | | | | | X | | | 24-05-25 | Greisy |
| 33 | | X | | Yelitza Fernandez | CC | 19352 067 | 320355 1227 | | X | | | | | | | | | | X | | 24-05-25 | Yelitza Fernandez |
| 34 | X | | | Jennifer Usma M. | CC | 1120 571060 | 322383 9490 | | X | | | | | | | | | | X | | 24-05-25 | Yenifer Usma |
| 35 | | X | | Leidy Rojas | CC | 1120 864643 | 311589 0997 | | X | | | | | | | | | | X | | 24-05-25 | Leidy Rojas |
| 36 | | X | | Juan David Gaiza M. | CC | 1124 828844 | 30263 8714 | X | | | | | | | | | | X | | | 25-05-25 | |
| 37 | | X | | Carlos López Amaya | CC | 81906 76 | 311898 3491 | X | | | | | | | | | | | X | | 26-05-25 | Carlos Lopez A. |
| 39 | X | | | KAREN GAITAN | CC | 1124821 852 | | | X | | | | | | | | | X | | | 26-05-25 | Karen Gn. |

# ANEXO 15

# INFORME DE DEMANDA INDUCIDA

## TERRITORIO 23

## PERIODO 2

## DEL 11 DE MAYO AL 10 DE JUNIO DE 2025

## CONTRATO 0563 DE 2025

## *ESE SOLUCIÒN SALUD*

| CANALIZACIONES A LOS SERVICIOS A IPS SEGÚN LA RESOLUCION 3280 DE 2018 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SERVICIO A CANALIZAR | TERRITORIO 3 | | | | |
| | MALLAMAS | CAJACOPI | SALUD TOTAL | NUEVA EPD | PIJAOS |
| ATENCION EN SALUD BUCAL | 5 | 2 | | 4 | |
| ATENCION CONTROL PRENATAL | 2 | | | | |
| ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA | 3 | | | 3 | 6 |
| ATENCION A LA INFANCIA | 3 | | | 2 | 2 |
| ATENCION A LA ADOLESCENCIA | | | | 3 | 2 |
| ATENCION A LA JUVENTUD | | | | 3 | |
| ATENCION A LA ADULTEZ | 4 | 2 | | 2 | 4 |
| ATENCION A LA VEJEZ | | | | | |
| DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO | 5 | 2 | | 5 | |
| AGUDEZA VISUAL | | | | | |
| RIESGO CARDIOVASCULAR | | 2 | | | |
| ANTIGENO PROSTATICO | | 1 | | | |
| DETECCION TEMPRANA DE CANCER (MAMA, PROSTATA, CUELLO Y RECTO. ETC) | | 2 | | | |
| VACUNACION | 9 | 3 | | 5 | 8 |
| PLANIFICACION FAMILIAR | | 2 | | 1 | |
| CONSULTA POR MEDICINA | 14 | 3 | 2 | 5 | 2 |
| TOTAL | 45 | 19 | 2 | 33 | 24 |

Durante el segundo período, de la demanda inducida realizadas.

Se pudo agendar 4 citas programadas para medicina general en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) primarias correspondientes, en el Hospital local y 3 menores se comprueba con carnet que fueros vacunados.

1701

# ANEXO 16

# LISTADOS DE ASISTENCIA EDUCACION

## TERRITORIO 23

## PERIODO 2

## DEL 11 DE MAYO AL 10 DE JUNIO DE 2025

## CONTRATO 0563 DE 2025

## *ESE SOLUCIÒN SALUD*

1702

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACION Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO # | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 2 | miriam Liliana Rojas G. |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBROS DE LA FELIA (quienes conviven) | GÉNERO M | F | L | G | BI | I | — | CURSO DE VIDA Primera infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | Adultez | Vejez | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | x | | Licelia montolla Gamboa | CC | 43 56 098 | 320 504 3090 | 1 | | x | | | | | | | | | | x | | 12-05-2025 | |
| 02 | x | | Yeimi Yamileth Perez Vargas | CC | 1116 776 895 | 313 567 4293 | 2 | | x | | | | | | | | | x | | | 12-05-2025 | Yeimi Yamileth Perez |
| 03 | x | | Yanetzi Carolina chipiaje Rodriguez | CC | 1124 471 684 | No tiene | 3 | | x | | | | | | | | | | x | | 12-05-2025 | Yanetzi |
| 04 | x | | Yasmin Bautista Lemus | | 1085 244 817 | 315 809 43 13 | 3 | | x | | | | | | | | | | x | | 12-05-2026 | Yasmin Bautista |
| 5 | x | | Carmen Lizbeth Hernandez G. | CC | 15-891926 | 322 682 4103 | 3 | | x | | | | | | | | | | x | | 12-05-2026 | Carmen Hernandez |
| 6 | x | | Jhon Alexander Vargas Salcedo | CC | 1124 999 957 | 310 322 0185 | 4 | x | - | | | | | | | | | | x | | 12-05-2026 | Jhon Vargas |
| 7 | x | | Virginia Teresa Vargas Salcedo | CC | 1124 997 298 | 316 609 35 64 | 4 | - | x | | | | | | | | | | x | | 16-05-2025 | virginia Vargas |
| 8 | x | | Maria Salcedo chipiaje | CC | 21 249 522 | No tiene | 2 | | x | | | | | | | | | | | x | 16-05 2025 | Maria Salcedo |
| 09 | x | | osiri isabel martinez Rodriguez | CC | 1127 386 230 | 313 289 7010 | 2 | | x | | | | | | | | | x | | | 16-05-2025 | osiri martinez |
| 10 | x | | Elisa Gaitan 40 230 266 | CC | 321 403 3601 | No1 | 2 | | x | | | | | | | | | | | x | 17-05-2025 | |
| 11 | x | | Juan Pablo Lura | CC | 1124 995 081 | No tiene | 1 | x | | | | | | | | | | | x | | 17-05-2025 | |
| 12 | x | | Celmina Henados Gaitan | CC | 1124 996 566 | 313 484 7679 | 1 | | x | | | | | | | | | | x | | 17-05-2025 | Celmira |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cedula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PEP=Permiso de Protección Temporal, ASI=Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

1703

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACIÓN Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 2 | Miriam Liliana Rojas G. |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes convive) | GÉNERO M | GÉNERO F | GÉNERO L | GÉNERO G | GÉNERO BI | GÉNERO T | GÉNERO I | CURSO DE VIDA Primera infancia | CURSO DE VIDA Infancia | CURSO DE VIDA Adolescencia | CURSO DE VIDA Juventud | CURSO DE VIDA adultez | CURSO DE VIDA Vejez | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | X | | Cesar miguel Noguera | CC | 1124 991 770 | 320 909 86 06 | 2 | X | | | | | | | | | | | X | | 19-05-2025 | |
| 14 | X | | mauricio Rosales Leivi Rosales | CC | 1124821 666 | NO Tiene | 2 | | X | | | | | | | | | X | | | 19-05-2025 | Leivi Rosales |
| 15 | X | | Veronica Amaya | CC | 1124 839 192 | NO Tiene | 2 | | X | | | | | | | | | X | | | 19-05-2025 | Veronica Amaya |
| 16 | X | | Victor Elias Rivera Ponare | CC | 74849 729 | 322 479 08 51 | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 19-05-2025 | Victor Rivera |
| 17 | X | | silberio Castro Fonseca | CC | 17 245 207 | 318 039 35 06 | 2 | X | | | | | | | | | | | X | | 19-05-2025 | Silberio Castro |
| 18 | X | | Luis Carlos Carranza | CC | 17360 660 | NO Tiene | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 19-05-2025 | Luis Carlos Carranza |
| 19 | X | | Yohis Jusbleidy martinez Gutierrez | CC | 1006770 3810 | 315 613 2080 | 1 | | X | | | | | | | | | X | | | 19-05-2025 | Yois Martinez |
| 20 | X | | Luis Enrique Renuma Yavima | CC | 81 916 35 | 313 212 69 24 | 2 | X | | | | | | | | | | | | X | 19-05-2025 | |
| 21 | X | | Campo Elias Renuma Sosa | CC | 1124 990 172 | 34 363 3100 | 2 | X | | | | | | | | | | X | | | 19-05-2025 | |
| 22 | X | | Miguel Antonio Renuma Sosa | CC | 1006 951 065 | 311 214 86 39 | 2 | X | | | | | | | | | | X | | | 19-05-2025 | Miguel Renuma |
| 23 | X | | Nohora Yineth Arias Rivera | CC | 20750 862 | 311 780 96 48 | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-2025 | Nohora Arias |
| 24 | X | | Juana maria Gaitan Rodriguez | CC | 40 250 465 | 322 849 7471 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 20-05-2025 | Juana Gaitan |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cedula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (1-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

1704

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACIÓN Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 7 | 2 | Miriam Liliana Rojas 6 |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO M | F | L | G | B | I | — | CURSO DE VIDA Primera Infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | Adultez | Vejez | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | X | | Jose Alejandro Garcia Porare | CC | 74049 729 | 322 479 0851 | 1 | X | | | | | | | | | | | | X | | 20-05-2025 | Jose Garcia |
| 26 | X | | Stella Amaya I | CC | 1124 819705 | 321 497 3275 | 2 | X | | | | | | | | | | | X | | | 20-05-2025 | Stella Amaya |
| 27 | X | | Mauricio Rosales Estrada | CC | 8190 592 | No Tiene | 1 | X | | | | | | | | | | | | | X | 20-05-2025 | Mauricio Rosales |
| 28 | X | | Sho Hervin Lura Gaitan | CC | 1124996 287 | 322928 3586 | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | | 20-05 2025 | Shon Lura |
| 29 | X | | Marcela Barrera | CC | 1006944 172 | No Tiene | 1 | | X | | | | | | | | | | | | X | 20-05-2025 | Marcela Barrera |
| 30 | X | | Mercedes Barrera Florez | CC | 30215 750 | No Tiene | 1 | | X | | | | | | | | | | | | X | 20-05-2025 | |
| 31 | X | | Nerda Brijith Estrada Chavez | CC | 1006945 221 | 316 039 3818 | 1 | | X | | | | | | | | | | | | X | 21-05 2025 | Nerda Estrada |
| 32 | X | | Leidy Yalith Hernandez R. | CC | 1124 991 411 | 311 482 5776 | 2 | | X | | | | | | | | | | | | X | 21-05-2025 | Leidy Hernandez |
| 33 | X | | Yarlys Johanna Rojas Valencia | CC | 1045427 610 | 313 325 2681 | 2 | | X | | | | | | | | | | | X | | 21-05-2025 | Yarlys Rojas |
| 34 | X | | Yuly Karina Gaitan | CC | 1124821 234 | No Tiene | 3 | | X | | | | | | | | | | | | X | 26-05-2025 | Yuly Karina Gaitan |
| 37 | X | | Fabiola Gaitan | CC | 10 10 067 43 | 315 885 65 11 | 3 | | X | | | | | | | | | | | | X | 26-05-2025 | Fabiola |
| 38 | X | | Mary Luz Romero Tovar | CC | 68 249 805 | 320 453 55 37 | 2 | | X | | | | | | | | | | | | X | 26-05-2025 | Mary Romero |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cedula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACION Y/O SEGUIMIENTO

5

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO #: | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 7 | 2 | miriam liliana Rosas 6 |

| NO. FAMILIA | EDUCACION | SEGUIMIENTO | NOMBRES APELLIDOS | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBORS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | Primera Infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | adultez | Vejez | | |
| 35 | X | | Leidy Liliana Bova Cordero | CC | 1192786922 | 3156650983 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 26-05-2025 | Leidy Bova Liliana |
| 36 | X | | Luz marina cordero Colmenarez | CC | 30937659 | No tiene | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | 26-05-2025 | Luz Marina cordero |
| 42 | X | | Jaider Ellez Pérez | CC | 80027712 | 3234228319 | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 27-05-2025 | Jaider Ellez Perez |
| 44 | X | | Zeydelys chipiaje Rodriguez | CC | 30690720 | 3224790851 | 4 | | X | | | | | | | | | X | | | 29-05-2025 | Zeydelys |
| 49 | X | | Nelsy Martinez Delgado | CC | 52887279 | 3103225454 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 29-05-2025 | Nelsy Martinez |
| 50 | X | | Cristina Amaya | CC | 30982097 | 3210547942 | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | 9-06-2025 | |
| 51 | X | | Nulcy Durley mendoza chipiaje | CE ** | 1006952426 | 3209965274 | 1 | | X | | | | | | | | | X | | | 9-06-2025 | Nulcy Durley. |
| 52 | X | | Solanyi Leon Leon | CC | 1134449136 | No tiene | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 09-06-2025 | Solanyi |
| 53 | X | | Valentin Amaya | CC | 1124818086 | 3108677906 | 1 | X | | | | | | | | | | X | | | 9-06-2025 | |
| 55 | X | | maria del carmen Amaya Gail | CC | 40442732 | No tiene | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 9-06-2025 | |
| 56 | X | | karen dayana ROJAS Flores | CC | 1151454119 | 1151454119 | 1 | | X | | | | | | | | | | | | 9-06-2025 | karen Rojas |
| 57 | X | | Jose Sambrano Amaya Leon | CC | 1124819903 | 3133862815 | 2 | X | | | | | | | | | | | X | | 09-06-2025 | Jose sambrano |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadania, CE=Cedula de Extranjeria, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACIÓN Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 2 | Miriam Liliana Rojas G |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO M | F | I | O | S | H | I | CURSO DE VIDA Primera Infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | adultez | Vejez | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 39 | X | | Jexen Yepes Cortes | CC | 1006 945 228 | 318 598 1005 | 4 | X | | | | | | | | | | | X | | 26-05-2025 | |
| 40 | X | | Rosa maria Bermudez | CC | 41250 313 | 311 542 4210 | 1 | | X | | | | | | | | | | | | X | 26-05 2025 | |
| 41 | X | | Erianyelis Izaraba l | CC | 16740 27 | 320 315 2033 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | | 27-05-2025 | Erianyelis Izarabal |
| 43 | X | | crisalida morales Gaitan | CC | 63 480 742 | No Tiene | 2 | | X | | | | | | | | | | | X | | 27-05-2025 | crisalida morales |
| 45 | X | | Vitelio castrillon R. | CC | 8140 974 | No Tiene | 4 | X | | | | | | | | | | | | | X | 29-05-2025 | Vitelio Co |
| 46 | X | | Zulay Pamela Galvis Linarez | CC | 1124822 623 | No Tiene | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | | 29-05-2025 | Zulay. Galvis |
| 47 | X | | Ana Vetulia Cornieles Alierdo | CC | 41255 465 | 318800 8897 | 3 | | X | | | | | | | | | | | X | | 29-05-2025 | Ana cornieles |
| 48 | X | | maria del carmen mancipe | CC | 30982 157 | No Tiene | 2 | | X | | | | | | | | | | | | X | 29-05 2025 | |
| 58 | X | | Jose Sambrano Amaya Leon | CC | 1124819 903 | 313 482 47 41 | 1 | | X | | | | | | | | | | X | | | 29-05-2025 | Jose Sambrano |
| 61 | X | | Jaime Alfonso Tique Gait | CC | 1124988 081 | 313 422 17 26 | 1 | X | | | | | | | | | | | | X | | 10-06 2025 | Jaime Tique |
| 75 | X | | Julio cesar Paez | CC | 17 356 564 | 311 459 75 34 | 1 | X | | | | | | | | | | | | X | | 10-06-2025 | Julio Paez |
| 76 | X | | Fabio Correa | CC | 17 302 831 | 311 442 4251 | 1 | X | | | | | | | | | | | | X | | 10-05-2025 | Fabio Correa |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cédula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI=Adulto sin Identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACION Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO #: | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 7 | 2 | miriam liliana Rojas G |

| NO. FAMILIA | EDUCACION | SEGUIMIENTO | NOMBRES APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBORS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | Primera infancia | Infancia | Adolescencia | juventud | adultez | Vejez | | |
| 59 | X | | Amalfi Suarez Cabare | CC | 1124988892 | 313 482 4741 | 1 | | X | | | | | | | | | | X | | 9-06-2025 | Amalfi Suarez |
| 62 | X | | Linda Maryory Subogal curico | CC | 1121200086 | 312 416 5226 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 10-06-2025 | Maryory Subogal |
| 54 | X | | Carmenza Amaya Leon | CC | 1134 449 118 | No Tiene | 5 | | X | | | | | | | | | | X | | 9-06-2025 | Carmenza |
| 60 | X | | Fidelino Granados Amaya | CC | 81926 615 | 321 854 7942 | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 9-06-2025 | Fidelino Granados |
| 63 | X | | chachy Amaya chipiaje | CC | 1148 20 52 69 | 322 732 1917 | 1 | | X | | | | | | | | | | X | | 10-06-2025 | Chachy Amaya |
| 64 | X | | Jennifer Durlany usme murillo | CC | 1124 571 060 | 322 383 9490 | 1 | | X | | | | | | | | | | X | | 10-06-2025 | Jenifer Durlandy |
| 65 | X | | lorena Holguin | CC | 1006 944 242 | 312 371 2670 | 1 | | X | | | | | | | | | | X | | 10-06-2025 | Lorena Holguin |
| 67 | X | | Ruben Danilo Hernandez Gaitan | CC | 1125 00 14 08 | 310 788 335 | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 10-06-2025 | Ruben Danilo Hernandez |
| 68 | X | | Angy katherine Hernandez Giraldo | CC | 1124 830 679 | 312 705 3849 | 1 | | X | | | | | | | | | X | | | 11-06-2025 | Angy Hernandez |
| 69 | X | | Yuly Tatiana villada Guerrero | CC | 1120 388 479 | 310 465 1630 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 11-06-2025 | Tatiana |
| 70 | X | | Abelino Alvarado | CC | 498 529 | 321 960 1880 | 1 | X | | | | | | | | | | | | X | 12-06-2025 | |
| 71 | X | | Jennifer Gonzalez Duran | CC | 1124 832 403 | 320 232 4168 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 12-06-2025 | JENNIFER D. |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadania, CE=Cedula de Extranjeria, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACION Y/O SEGUIMIENTO**

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO #: | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 2 | 2 | 2 | Alejandra Sanchez Lara |

| NO. FAMILIA | EDUCACION | SEGUIMIENTO | NOMBRES APELLIDOS | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBORS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | Primera Infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | adultez | Vejez | | |
| 1 | X | | Yelmy Stella Moreno Vasquez | CC | 1013614287 | 3224092663 | 4 | | X | | | | | | | | | | | X | | 12/05 2025 | Yelmy Moreno |
| 2 | X | | REBECA CASTRO CARRILLO | CC | 3 73428 11 | 3127643424 | 2 | | X | | | | | | | | | | | X | | 12/05 2025 | Rebeca Castro |
| 3 | X | | Susana Sánchez Gaitán | CC | 1124496441 | 3115630764 | 9 | | X | | | | | | | | | | | X | | 12/05 2025 | Susana Sanchez |
| 4 | X | | Rosalia Yepes Amaya. | CC | 1136275331 | 3223151980 | 6 | | X | | | | | | | | | | | X | | 12/05 2025 | Rosalia |
| 4 | X | | Seidy Yohana Rodriguez Y. | TI | 1125007613 | 3223151980 | 6 | | X | | | | | | | | | X | | | | 12/05 2025 | SeIDI |
| 4 | X | | YELYS AMIRA Rodriguez M. | TI | 1136275 37 | 3223151980 | 6 | | X | | | | | | | | | X | | | | 12/05 2025 | YelizAmira |
| 4 | X | | Yorelky Miley Rodriguez Y | TI | 1125007615 | 3223151980 | 6 | | X | | | | | | | | | X | | | | 12/05 2025 | Yorelki |
| 5 | X | | Ana Velky lara | CC | 1136275289 | No tiene | 4 | | X | | | | | | | | | X | | | | 16/05 2025 | |
| 6 | X | | Cristian Raman Gaitan | CC | 1136275364 | 3227665665 | 4 | X | | | | | | | | | | | X | | | 16/05 2025 | |
| 6 | X | | NEYE Rodrigue | CC | 1124995730 | 3223216282 | 4 | X | | | | | | | | | | | X | | | 16/05 2025 | Neyer |
| 7 | X | | luz edith Garcia lara | CC | 1124829478 | No tiene | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | | 16/05 2025 | luzedith |
| 7 | X | | LUIS ALBERTO GARCIA. | CC | 18250929 | No tiene. | 2 | X | | | | | | | | | | | X | | | 16/05 2025 | |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadania, CE=Cedula de Extranjeria, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

1709

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACIÓN Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 2 | 2 | 2 | Alejandro Sanchez Cuaca |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO M | GÉNERO F | GÉNERO L | GÉNERO G | GÉNERO B | GÉNERO T | GÉNERO I | CURSO DE VIDA Primera infancia | CURSO DE VIDA Infancia | CURSO DE VIDA Adolescencia | CURSO DE VIDA Juventud | CURSO DE VIDA adultez | CURSO DE VIDA Vejez | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | X | | Alfredo Garcia tovar | cc | 1825 0633 | 313289 7018 | 3 | X | | | | | | | | | | | X | | 17/05/2025 | |
| 9 | X | | luz marina leon Florez | cc | 11514 54113 | NO Tiene | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 19/05/2025 | Luz mariana. |
| 10 | X | | Ismael leon | cc | 81927 94 | NO Tiene | 3 | X | | | | | | | | | | | X | | 19/05/2025 | |
| 10 | X | | Florencia Flores | cc | 1124948 707 | NO Tiene | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | 19/05/2025 | Florencia Flores. |
| 11 | X | | Tiobardo Amaya. | cc | 819300 4 | 3114000 725 | 4 | X | | | | | | | | | | | X | | 20/05/2025 | |
| 12 | X | | linda Gonzales Amaya | cc | 1124821 637 | 321905 9518 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Linda Gonzales. |
| 13 | X | | Franci idaly Gaitan Sosa | cc | 100694 385 | 317226 0994 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Franci idaly |
| 14 | X | | Silvia Rodriguez Chipiaje | cc | 1125000 642 | 313474 6864 | 2 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Silvia. |
| 15 | X | | linda Romero Chipiaje. | cc | 100730 9992 | 320289 4442 | 5 | | X | | | | | | | | | | X | | 20/05/2025 | Linda. |
| 16 | X | | Jhon Fredy Amaya. | cc | 112498 8358 | 313843 8927 | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 20/05/2025 | JhonF |
| 17 | X | | Blanca irene Rodriguez G | cc | 112554 8434 | 32028 44116 | 2 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Blanca |
| 18 | X | | leidy Tatiana Gaitan. | cc | 1124 821235 | 310856 8599 | 1 | X | | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Leidi |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cédula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACION Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO #: | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 2 | 2 | 2 | Alejandra Sánchez Cuervo |

| NO. FAMILIA | EDUCACION | SEGUIMIENTO | NOMBRES APELLIDOS | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBORS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | Primera Infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | adultez | Vejez | | |
| 19 | X | | Leidi Tatiana Gaitán | CC | 1124821235 | 3108568599 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Leidi |
| 20 | X | | Flor Delia Canloan Chipaje | CC | 30218275 | 3133943867 | 1 | | X | | | | | | | | | | X | | 20/05/2025 | Flor D |
| 22 | X | | Jose de los Santos Rico | CC | 9168381 | 3160952971 | 2 | X | | | | | | | | | | | X | | 20/05/2025 | Jose |
| 23 | X | | Lina Marcela Guerrero Espejo | CC | 1134449557 | 3203906264 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Lina |
| 24 | X | | Diana Ubaldina Hernandez Ponare | CC | 40250492 | 3224344573 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Diana H |
| 25 | X | | Adelayda Stella Cayagua H | CC | 1006945246 7 | 3209780423 | 4 | | X | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Estella C |
| 25 | X | | Helber ponare Rojas | CC | 1006945248 5 | 3209780423 | 4 | X | | | | | | | | | | X | | | 20/05/2025 | Herber Pon |
| 26 | X | | Derly patricia Hernandez | CC | 1124440906 | NO Tiene. | 2 | | X | | | | | | | | | X | | | 21/05/2025 | Derly H |
| 27 | X | | Rafael Armando Salcedo perdomo | CC | 94322925 | NO tiene. | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 21/05/2025 | Rafal |
| 28 | X | | Gladiz Diaz | CC | 30982870 | NO Tiene. | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 21/05/2025 | Gladys Ma. |
| 31 | X | | Carolina Rincon. | CC | 1120332820 | 3212874095. | 1 | | X | | | | | | | | | X | | | 27/05/2025 | Carolina. |
| 41 | X | | William Guadalupe Machado Diaz. | CC | 1924824650. | NO TIENE | 1. | X | | | | | | | | | | X. | | | 28/05/2025 | William. |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cedula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

1771

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACION Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 2 | 2 | 2 | Alejandra Sanchez Loaiza |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO M | GÉNERO F | GÉNERO L | GÉNERO G | GÉNERO BI | GÉNERO T | GÉNERO I | CURSO DE VIDA Primera infancia | CURSO DE VIDA Infancia | CURSO DE VIDA Adolescencia | CURSO DE VIDA Juventud | CURSO DE VIDA adultez | CURSO DE VIDA Vejez | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | X | | Araceli Salazar Marin. | CC | 429938 44. | 311826 32790 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 26/05/2025 | Anacele Salcedo |
| 29 | X | | Luis Jorge Ramirez Valencia. | CC | 1972017 | 311826 32790 | 2 | X | | | | | | | | | | | X. | | 26/05/2025 | Luis Jorge P. |
| 30 | X | | Claudia Celina Ponare Gomez | CC | 20000 22308 | 313380 0353 | 4. | | X | | | | | | | | | | X. | | 27/05/2025 | Claudia |
| 32 | X | | Jorge Antonio Fajardo Sinestera | CC | 1648162 6 | 3127684 584 | 1. | X | | | | | | | | | | | | X. | 27/05/2025 | |
| 33 | X | | luz mery Chipiaje. Errenuma | CC | 1124325 457 | 315907 4503 | 4 | | X | | | | | | | | | | X. | | 27/05/2025 | luz mery Chipiaje. |
| 34 | X | | luis Eduardo Morales Gaitan | CC | 1124828 604 | 3101755 297 | 2 | X | | | | | | | | | | | X. | | 27/05/2025 | Eduardo M. |
| 35 | X | | Jose luis Morales Gaitan. | CC | 1124824 854 | 3124260 641 | 1. | X | | | | | | | | | | | | X | 27/05/2025 | JoSSe Ortiz. |
| 36 | X | | luis orlando Chipiaje nieto | CC | 81932 72 | 320288 2283. | 2. | X | | | | | | | | | | | | X | 28/05/2025 | luis Orlando |
| 37 | X | | Henaida Gaitan. Hurtado | CC | 1134450 057 | 320288 2182. | 2. | | X | | | | | | | | | X | . | | 28/05/2025 | Henaida G.H |
| 38 | X | | Katherine Sandoval Gaitan | CC | 113444 9732 | 314458 7677. | 4 | | X | | | | | | | | | X | . | | 28/05/2025 | Katherine. |
| 39 | X | | Miriam Sandoval Gaitan | CC | 113444 9735 | No tiene | 1 | | X | | | | | | | | | X | . | | 28/05/2025 | Miriam |
| 40 | X | | Daisy Yaneth Londoño Valencia. | CC | 1125469 457 | No tiene. | 4. | | X | | | | | | | | | X | . | | 28/05/2025 | Yurani |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cédula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

1712

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACIÓN Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 2 | 2 | 2 | Alejandra Sanchez Cuenca |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO M | F | L | G | B | T | — | CURSO DE VIDA Primera infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | adultez | Vejez | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 42 | X | | Luz Celina Perez Sierra | CC | 1066946098 | 3169513296 | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | | 29/05/2025 | Luz Celia Perez |
| 43 | X | | Yenny Katherina Quintero Silva. | CC | 1124824407 | NO Tiene. | 1 | | X | | | | | | | | | X | | | | 29/05/2025 | Yenny Katherine. |
| 45 | X | | Gustavo Andres Castrillon. | CC | 1116621125 | NO Tiene. | 1 | X | | | | | | | | | | X | | | | 29/05/2025 | GUSTAVO. |
| 46 | X | | Jairo Jampol. Rodriguez Camacho | CC | 1136299121 | NO Tiene. | 1 | X | | | | | | | | | | X | | | | 29/05/2025 | Jairo Jampol R. |
| 47 | X | | Briando Yureby Mora martinez | CC | 1010026591 | 3152623040 | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | | 29/05/2025 | |
| 48 | X | | Pedro Gaitan Cobarte | CC | 1724453306 | 3209909703 | 1 | X | | | | | | | | | | | | X | | 9/jun/2025 | ~~fuga~~ |
| 50 | X | | Juancamilo Gomez Machacha | CC | 1120500748 | NO Tiene. | 1 | X | | | | | | | | | | X | | | | 9/jun/2025 | Juan Camilo. |
| 49 | X | | Gladys Cardozo Palacios | CC | 1124832599 | 3219394493 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | | 9/jun/2025 | Gladys Card |
| 51 | X | | Juvenal Rivera Gaitan | CC | 1121707158 | 3223690826 | 1 | X | | | | | | | | | | X | | | | 10/jun/2025 | Juvenal |
| 52 | X | | Jose Anibal Amaya Suarez | CC | 1124825181 | 3169506825 | 1 | X | | | | | | | | | | X | | | | 10/jun/2025 | |
| 55 | X | | Juan David Sanchez Rojas. | CC | 1122918654 | NO Tiene. | 1 | X | | | | | | | | | | X | | | | 10/jun/2025 | |
| 44 | X | | Arnoldo David Dorado | CC | 1003624495 | 3203803534. | 1 | X | | | | | | | | | | X | | | | 29/jun/2025 | David Data Sol |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cedula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

1713

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACIÓN Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 3 | 2 | Lauri Valderrama |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | Primera infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | adultez | Vejez | | |
| 1 | X | | Usueth Nairoby Salcedo | cc | 1193118333 | 3103332147 | 4 | | X | | | | | | | | X | | | 12-05-25 | Usueth S. |
| 2 | X | | Rosa Isabel de la ossa | cc | 50876777 | 3223572085 | 4 | | X | | | | | | | | | X | | 13-05-25 | Rosa de la ossa |
| 3 | X | | Yurany Argaez Arredondo | cc | 1038542129 | 3134552305 | 2 | | X | | | | | | | | | X | | 13-05-25 | Yurani Argaez. |
| 4 | X | | Maribel Encito | cc | 1124818780 | 3222913629 | 3 | | X | | | | | | | | X | | | 13-05-25 | Maribel Encito. |
| 5 | X | | Julio Vargas | cc | 4295643 | 3118508926 | 2 | X | | | | | | | | | | | X | 13-05-25 | Julio Vargas |
| 6 | X | | Yurany Andrea Riaño | cc | 1121855714 | 3143356075 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | 16-05-25 | Yury Andrea. |
| 7 | X | | Isela Castañeda Silva | cc | 1124827580 | 3102626126 | 4 | | X | | | | | | | | | X | | 16-05-25 | Isela Castañeda |
| 8 | X | | Graciela Jaque | cc | 30483245 | 3115453316 | 4 | | X | | | | | | | | | X | | 16-05-25 | Graciela Jaque |
| 9 | X | | Floralba Rojas | cc | 23607986 | 3115756630 | 1 | | X | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | Floralba Rojas |
| 10 | X | | Nini Karina Romero Jaque | ti | 1124821778 | 3134724848 | 2 | | X | | | | | | | X | | | | 19-05-25 | Nini Karina Romero |
| 11 | X | | Flor Mireya Gaitan flores | cc | 1192772767 | 3213402116 | 5 | | X | | | | | | | | X | | | 19-05-25 | Flor Mireya Gaitan |
| 12 | X | | Teresa flores ponare | cc | 30217524 | 3134125343 | 4 | | X | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cedula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (≥60 años)

1714

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACIÓN Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO # | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 3 | 2 | Lauri Valderrama |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO M | F | L | G | B | T | I | CURSO DE VIDA Primera infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | adultez | Vejez | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | X | | Ingrid Lara Mejia | CC | 1124821137 | 3209181878 | 4 | | X | | | | | | | | | X | | | 19-05-25 | Ingrid Lara M. |
| 14 | X | | Frandeny Chipiaje | CC | 1125550072 | 3158264962 | 4 | X | | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | frandeny Ch. |
| 15 | X | | Sandra Yurany Gonzalez | CC | 1124822408 | 3106897201 | 2 | | X | | | | | | | | | X | | | 19-05-25 | Sandra M. |
| 16 | X | | Dolfenia Marin | CC | 1124821652 | 3222417815 | 5 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | DOLFENIA MARIN |
| 17 | X | | Erika Andrea Medina | CC | 1115187576 | 3144532349 | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | Andrea Medina |
| 18 | X | | Luz Enith Mercado | CC | 1007285010 | 3105421531 | 6 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | Luz Enith Mercado |
| 19 | X | | Victor Urgoya | CC | 1140 6240 | 3114562867 | 2 | X | | | | | | | | | | | | X | 19-05-25 | |
| 20 | X | | Edilma ponare cavare | CC | 30216095 | 3115930793 | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | Edilma Ponare C. |
| 21 | X | | Nelly Chipiaje Rodriguez | CC | 1125549568 | 3118402393 | 4 | | X | | | | | | | | | | X | | 19-05-25 | Nelly chipiaje |
| 22 | X | | Nidia yolanda Chipiaje | CC | 1124249 98395 | NO refiere | 4 | | X | | | | | | | | | | X | | 20-05-25 | Nidia |
| 23 | X | | Chachi Amaya | CC | 1148205269 | no refiere | 2 | | X | | | | | | | | | X | | | 20-05-25 | Chachi Amaya |
| 24 | X | | Diana Milena Chipiaje | CC | 1151451050 | 3227321917 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 20-05-25 | Diana Milena Chipiaje |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cedula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PEP=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin Identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACIÓN Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 3 | 2 | Lauri Valderrama |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO M | GÉNERO F | GÉNERO L | GÉNERO G | GÉNERO B | GÉNERO T | GÉNERO I | CURSO DE VIDA Primera Infancia | CURSO DE VIDA Infancia | CURSO DE VIDA Adolescencia | CURSO DE VIDA Juventud | CURSO DE VIDA adultez | CURSO DE VIDA Vejez | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | X | | Yolanda Moreno Amaya | CC | 1124827491 | 3202882286 | 5 | | X | | | | | | | | | | X | | 20-05-25 | Yolanda Moreno |
| 26 | X | | oneida Campo Vasquez | CC | 1052573456 | 3223715279 | 7 | | X | | | | | | | | | | X | | 20-05-25 | oneida campo |
| 27 | X | | Karen Lisbeth Sarmiento | CC | 1120563287 | 3123276155 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 20-05-25 | Karen Sarmiento |
| 28 | X | | Ernesto Garcia Gaitan | CC | 6649951 | 3209211489 10 | 2 | X | | | | | | | | | | | | X | 20-05-25 | |
| 29 | X | | Luz Irene Perez | CC | 1134449942 | 3228196719 | 5 | | X | | | | | | | | | | X | | 21-05-25 | luz IRENE |
| 30 | X | | Mayerlina Gaitan | CC | 1148711161 | 3114810150 | 5 | | X | | | | | | | | | | X | | 21-05-25 | mayerlina |
| 31 | X | | Luz Mila Mancipe | CC | 30982490 | 3228507326 | 1 | | X | | | | | | | | | | | X | 21-05-25 | |
| 32 | X | | Deisy Rojas Gaitan | CC | 1124828898 | 3134353667 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 21-05-25 | Deisy Rojas |
| 33 | X | | Maina Gaitan Hurtado | CC | 1134450055 | 3223699111 | 6 | | X | | | | | | | | | X | | | 21-05-25 | Marina |
| 34 | X | | Lina Romero Ayala | CC | 1124989276 | 3161594870 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 21-05-25 | Lina Romero |
| 35 | X | | Yuli paola Darapo | CC | 1134450043 | 3144301524 | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | 21-05-25 | Yuli Paola Darapo |
| 36 | X | | German Rodriguez | CC | 41862 54 | 3102839434 | 1 | X | | | | | | | | | | | | X | 21-05-25 | |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cedula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

1716

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACIÓN Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 3 | 2 | Laura Valderrama |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | SE | IE | I | G | SI | T | Primera infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | adultez | Vejez | |
| 37 | X | | Reinaldo Hernandez | CC | 3298512 | 320979 3595 | 2 | X | | | | | | | | | | | X | 22-05-25 | Reinaldo Hernández |
| 38 | X | | Leticia Bejarano Camilo | CC | 1120473 674 | 312382 7877 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | 22-05-25 | Leticia bejarano |
| 39 | X | | Alexander Rodriguez Yepes | CC | 1136275 376 | 320947 1213 | 3 | X | | | | | | | | | | | X | 23-05-25 | Alexander Rodriguez |
| 40 | X | | Daniel Andres Hernandez | CC | 1028035 882 | 314349 6083 | 2 | X | | | | | | | | | | X | | 16-05-25 | Daniel H. |
| 41 | X | | Juanita Maria Candelario | CE | 27224175 | 321327 9632 | 4 | | X | | | | | | | | | X | | 17-05-25 | Juanita C. |
| 42 | X | | Luis carlos Ponare | CC | 1124999 352 | 311859 7044 | 3 | X | | | | | | | | | | | X | 21-05-25 | Luis P. |
| 43 | X | | Jaider Chipiaje Maruaga | CC | 100695 0859 | no refiere | 1 | X | | | | | | | | | | X | | 21-05-25 | jaider Chipiaje |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cedula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

1717

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACION Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO #: | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 3 | 2. | Lauri Valderrama |

| NO. FAMILIA | EDUCACION | SEGUIMIENTO | NOMBRES APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBORS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | Primera infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | adultez | Vejez | | |
| 44 | X | | Blanca Nayibe Yepes | cc | 1124828962 | 3186261411 | 7 | | X | | | | | | | | | | X | | 26-5-25 | Blanca Yepes |
| 45 | X | | Astrid Ramirez Riaño | cc | 28567525 | 3203480907 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 26-5-25 | Astrid Ramirez |
| 46 | X | | Adriana Alejandra Perez | cc | 1006873418 | 3219307554 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 26-5-25 | Adriana Perez |
| 47 | X | | Maria Alejandra Coronado | cc | 1007343679 | 3174475605 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 26-5-25 | Alejandra R. |
| 48 | X | | Wilson Albeiro Holguin Avila | cc | 81920143 | 3138037394 | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 26-5-25 | Wilson Holguin |
| 49 | X | | Carmen Cecilia Silva Henao | cc | 1006943704 | 3223131356 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 26-5-25 | |
| 50 | X | | Jenifer Bustos Ramirez | cc | 1107008775 | 3235167368 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 27-5-25 | Jennifer B.R. |
| 51 | X | | Sandy Eilen Carivan | cc | 1125006211 | 3133924169 | 2 | | | | | | | | | | | X | | | 27-5-25 | Sandy Eilen C.R |
| 52 | X | | Junior Alfonso Carrillo | CE | 25019386 | 3154090542 | 4 | X | | | | | | | | | | | X | | 27-5-25 | |
| 53 | X | | Jesus Tierradentro. | cc | 11373563 | 3108886253 | 1 | X | | | | | | | | | | | | X | 27-5-25 | |
| 54 | X | | Liseth Tatiana Martinez | cc | 1110284726 | 3177528775 | 5 | | X | | | | | | | | | | X | | 27-5-25 | |
| 60 | X | | Shirley Gonzalez Amaya | cc | 1124821626 | 3142877513 | 4 | | X | | | | | | | | | | X | | 29-5-25 | Shirley Gonzalez |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadania, CE=Cedula de Extranjeria, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

Puerto Gaitán

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACION Y/O SEGUIMIENTO**

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO #: | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 3 | 2 | Lauri Valderrama |

| NO. FAMILIA | EDUCACION | SEGUIMIENTO | NOMBRES APELLIDOS | TIPO ID | Nº IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBORS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO | | | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | Primera infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | adultez | Vejez | | |
| 55 | X | | Lency Esther Bernal Diaz | CC | 1117325890 | 3027760893 | 3 | | X | | | | | | | | | X | | | 28-5-25 | Lency Bernal |
| 56 | X | | Esther Ponare Ramirez | CC | 1125550772 | 3223865553 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 29-5-25 | Esther ponare |
| 57 | X | | Ana patricia Garcia | CC | 1136275363 | 3203716213 | 4 | | X | | | | | | | | | X | | | 29-5-25 | PATRICIA |
| 58 | X | | Eneida Gaitan Gaitan | CC | 1125549533 | No refiere | 1 | | X | | | | | | | | | | X | | 29-5-25 | |
| 59 | X | | Manuel Esteban Rodriguez | CC | 1125538796 | No refiere | 1 | X | | | | | | | | | | X | | | 29-5-25 | Esteban |
| 61 | X | | Adriana Mora Celis | CC | 1121830639 | 3118458470 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 29-5-25 | adriana mora |
| 66 | X | | Gilberto León | CC | 1134449056 | 3225663112 | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 9-06-25 | Gilberto |
| 68 | X | | Ana Maria Suarez | TI | 1124823690 | 3227643654 | 3 | | X | | | | | | | | X | | | | 10-6-25 | Ana Maria |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadania, CE=Cedula de Extranjeria, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (>60 años)

Puerto Gaitán

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

REGISTRO DE VISITAS DE EDUCACIÓN Y/O SEGUIMIENTO

| TERRITORIO | MICROTERRITORIO | EBS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 6 | 3 | 2 | Lauri Valderrama |

| NO. FAMILIA | EDUCACIÓN | SEGUIMIENTO | NOMBRES APELLIDOS | TIPO ID | N° IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO / CELULAR | # MIEMBROS DE LA FLIA (quienes conviven) | GÉNERO | | | | | CURSO DE VIDA | | | | | FECHA VISITA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | M | F | L | G | B | T | I | Primera infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | Adultez | Vejez | |
| 62 | X | | Natalia Granados Amaya | CC | 1124827120 | 3132136517 | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | 9-6-25 | Natalia G |
| 63 | X | | Wilser Julio Amaya | CC | 1006945155 | 3219150634 | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 9-6-25 | Julio A. |
| 64 | X | | Jairo Amaya | CC | 1124819778 | 3223663112 | 4 | X | | | | | | | | | | | X | | 9-6-25 | Jairo Amaya |
| 65 | X | | Blanca catalina Amaya | CC | 1124819782 | 3223663112 | 4 | | X | | | | | | | | | X | | | 9-6-25 | Blanca P. |
| 67 | X | | Carlos Eduardo Angulo | CC | 1120376271 | No refiere | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 9-6-25 | Carlos |
| 69 | X | | Nubia Eautan Hurtado | CC | 1124823024 | 3134100411 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 10-6-25 | Nubia Eat |
| 70 | X | | Diana patricia Curico | CC | 41058181 | 3224827800 | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | 10-6-25 | Diana P. Curico |
| 71 | X | | Juan Camilo Acevedo | CC | 1124820678 | 3114421532 | 1 | X | | | | | | | | | | | X | | 10-6-25 | Juan Kamilo |
| 72 | X | | Diana Carolina Sanchez Jojoa | CC | 2658582323 | 3202433664 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 10-6-25 | Diana |
| 73 | X | | Clara Ines Florez Amaya | CC | 1124823296 | 3202974710 | 2 | | X | | | | | | | | | | X | | 10-6-25 | Clara Ines |
| 74 | X | | Karina Julieth de las salas | CC | 1007236142 | 3223685473 | 3 | | X | | | | | | | | | | X | | 10-6-25 | Karina S. |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo ID: CC= Cédula de Ciudadanía, CE=Cedula de Extranjería, TI=Tarjeta de Identidad, PPT=Permiso de Protección Temporal, ASI: Adulto sin identificar

CURSO DE VIDA: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-17 años), Juventud (18-28 años), Adultez (29-59 años), Vejez (≥60 años)

1720

# ANEXO 17

# CARTOGRAFIA WACOYO

## PERIODO 2

## DEL 11 DE MAYO AL 10 DE JUNIO DE 2025

## CONTRATO 0563 DE 2025

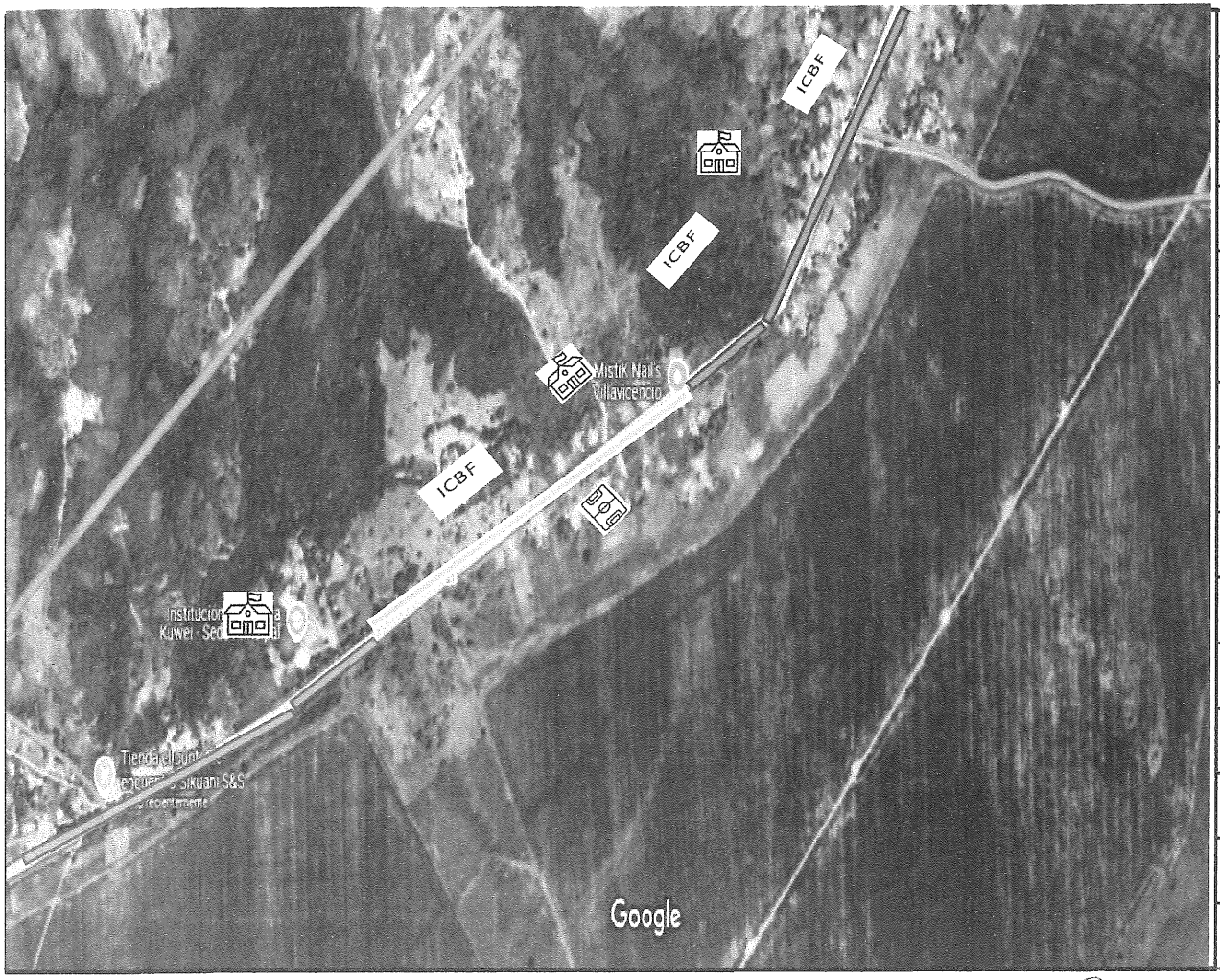
## *ESE SOLUCIÒN SALUD*

1721

| | E.S.E DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD" | Version | Codigo | GOBERNACIÓN DEL META |
|---|---|---|---|---|
| Solución Salud | CARTOGRAFIA SOCIAL | Fecha de Vigencia | Documento Controlado | |

MUNICIPIO_ PUERTO GAITAN

MICROTERROTORIO ____ WACOYO




| CONVENCIONES | |
|---|---|
| IGLESIA | |
| ESCUELA | |
| CENTRO DE SALUD | |
| HOGARES | |
| POLICIA | |
| COMISARIA | |
| ICBF | ICBF |
| ZONA VERDE | |
| RIO - AGUA | |
| PARQUE | |
| CARRETERA | |
| SECTOR 1 | |
| SECTOR 2 | |
| SECTOR 3 | |

ELABORADO POR __ PSICOLOGA LEYDI VVIANA MOLINA LEON

FIRMA _

1722

# ANEXO 18

# MAPEO WACOYO

## PERIODO 2

## DEL 11 DE MAYO AL 10 DE JUNIO DE 2025

## CONTRATO 0563 DE 2025

## *ESE SOLUCIÒN SALUD*

Empresa Social del Estado
Solución Salud

GOBERNACIÓN DEL META

1723

# PLANES DE INTERVENCIÓN COLECTIVA PIC
# FORMATO DE MAPEO DE MICROTERRITORIOS

**Territorio 3**

**Micro territorio: 3 Sector: 3**




- Hogares caracterizados
- Hogares de mantenimiento
- Hogares vacíos
- Hogares Fallidos
- Lotes

Empresa Social del Estado
Solución Salud

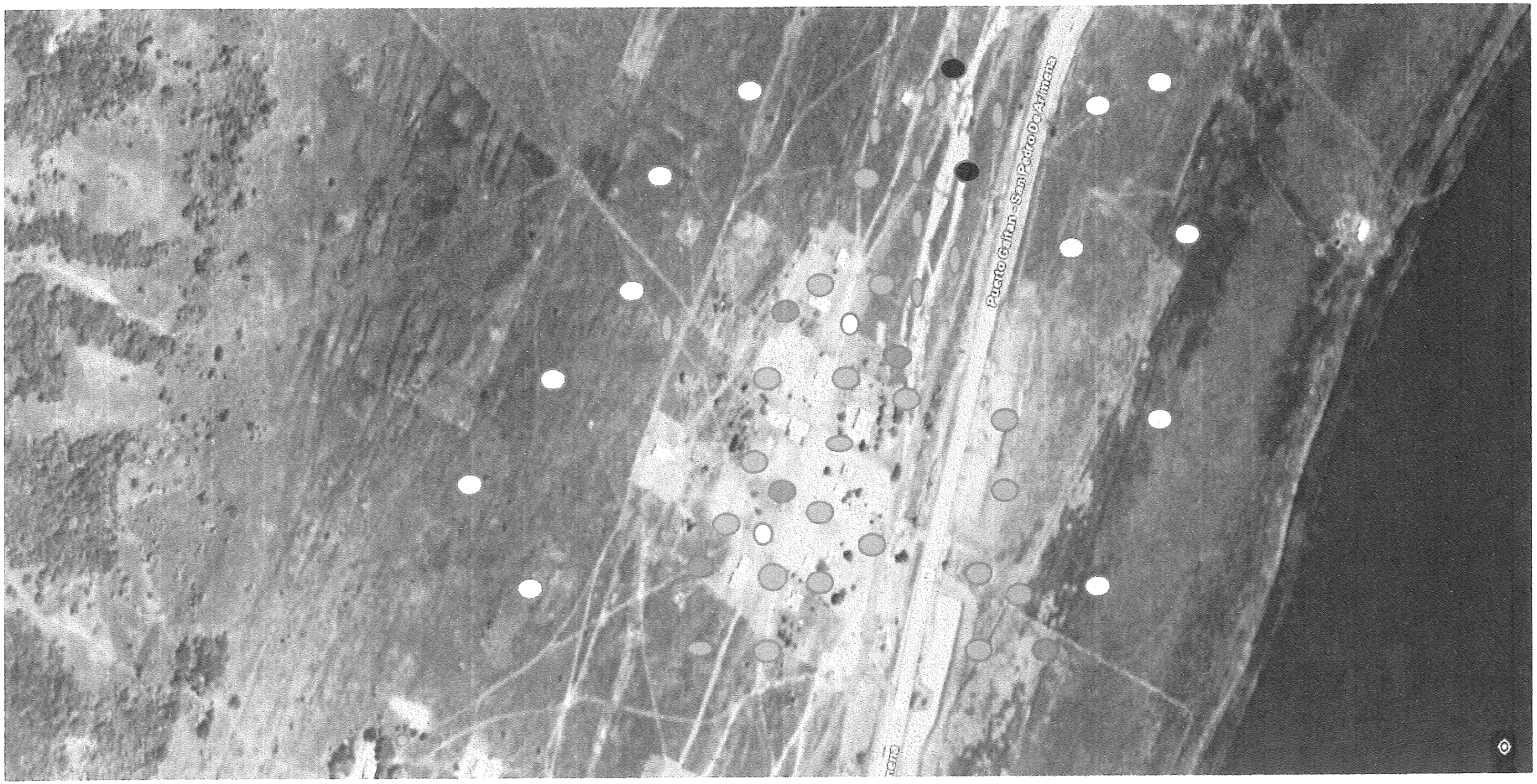
GOBERNACIÓN DEL META

1724

## PLANES DE INTERVENCIÓN COLECTIVA PIC
## FORMATO DE MAPEO DE MICROTERRITORIOS

**Territorio 3**

**Micro territorio: 2** **Sector: 3**




- Hogares caracterizados
- Hogares de mantenimiento
- Hogares vacíos
- Hogares Fallidos
- Lotes

Empresa Social del Estado
Solución Salud

GOBERNACIÓN DEL META

1725

# PLANES DE INTERVENCIÓN COLECTIVA PIC
# FORMATO DE MAPEO DE MICROTERRITORIOS

**Territorio 3**

**Micro territorio:** 1 **Sector:** 3




- Hogares caracterizados
- Hogares de mantenimiento
- Hogares vacíos
- Hogares Fallidos
- Lotes

1726

# ANEXO 19

# CONSENTIMIENTO INFORMADO FAMILIOGRAMA ECOMAPA TERRITORIO WACOYO PERIODO 2

## DEL 11 DE MAYO AL 10 DE JUNIO DE 2025

## CONTRATO 0563 DE 2025

## *ESE SOLUCIÒN SALUD*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Solución Salud NIT: 822.006.595-1 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SOLUCION SALUD | VERSION | CODIGO FR-RH- | |
| | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACTA DE COMPROMISO FAMILIAR DE VISITA DOMICILIARIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD | FECHA DE VIGENCIA 2023 | DOCUMENTO CONTROLADO | |

1727

Yo Margarita Macabare ,identificado (a) con tipo de documento: Cc Nº 1124820241, expedida en: Puerto Gaitan residente del municipio Pto Gaitan en el MICROTERRITORIO: 01, en representación de la familia: 01, Si autorizo X No autorizo ____ al equipo básico de salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la E.S.E. Empresa Social del Estado "Solución Salud", en específico al auxiliar de enfermería Diana Yaleny Anturi Ortiz para que ingrese a mi hogar con el objetivo de desarrollar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Con Enfoque ambiental, Familiar e individual comprometiéndome a suministrar la información requerida mediante el diligenciamiento de fichas ca*racterización, y en las etapas de plan de cuidado y sus respectivos seguimientos.*

Me comprometo a cumplir con mis obligaciones tales como:

- Estar presente en el domicilio la fecha indicada para la visita.
- Tener un trato cordial y respetuoso con el personal de salud.
- Suministrar información veraz para ser consignada en las fichas de CARACTERIZACION AMBIENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL EN EL ENTORNO HOGAR
- Revisar, concertar las actividades y las recomendaciones del PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP)
- Cumplir con las citas asignadas por el prestador de promoción y prevención en la ESE solución salud
- Participar activamente en los seguimientos y las actividades de INTERVENCIONES COLECTIVAS en información, educación y comunicación en salud para cumplir con las tareas asignadas dentro PICP
- Preguntar cuando no entienda algo relacionado con mi salud y la de mi núcleo familiar.
- Informar cambio de domicilio o número de teléfono al programa.
- Acatar las indicaciones para la realización de los procedimientos de enfermería y psicología en casa.

Dado en Pto Gaitan el día 22 del mes de Mayo del año 2025.

Autoriza registro fotográfico: Si 1 ; No_____

En constancia firma

| | |
|---|---|
| Margarita Macabare | |
| **Nombre completo** | Firma |
| **Tipo y numero de documento** | 1124820241 |
| **Teléfono** | 3227322740 |
| **Dirección** | Waco40 comunidad Algarrobo |