#9.

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Red de Salud del Oriente
Empresa Social del Estado E.S.E
Municipio de Santiago de Cali
Nit: 805.027.337-4

Red de Salud de Ladera E.S.E

FICHA DE CARACTERIZACION FAMILIAR - RED DE PROMOTORES 2026

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la persona encuestada: Jeison Aidair Nicolo. CC 1144186901.

Barrio:	Puerto Mallarino.	**Comuna:** 7		**Fecha:**	28-07-26.
Celular: 3137075966.		**Dirección:** Cra 99 #76 67 / puerto Mallarino.			
Fecha de la visita: 28-07-26.		**Promotor:** Haldemar Aguirre.			

la persona que responde se identifica como:

☒ Afro, Negro, Raizal, Palenquero	☐ Persona con discapacidad	☐ Persona mayor	☐ Madre cabeza de hogar	☐ Población LGBTIQ+
☐ Víctima del conflicto armado	☐ Migrante	☐ Campesino	☐ Indígena	☐ Otro

¿Pertenecen a algún Consejo Comunitario u Organización?

☐ Consejo Comunitario ☐ Organización de base ☐ Federación de Colonias del Pacífico ☐ Organización de Mujeres
☐ Otra, ¿cuál? _____ ☒ No pertenece

Nombre del consejo u organización a la que pertenece: N/A

2. COMPOSICION FAMILIAR

Número de miembros del hogar:	4	**Número de hombres:**	1.	**Numero de Mujeres:**	3

Descripción de los miembros del hogar

MIEMBROS DEL HOGAR	EDAD	PARENTESCO	ASEGURAMIENTO EN SALUD (Contributivo /subsidiado)	EPS	Marque con una x: Afro	Discapacidad	Indígena	Persona mayor	Sexo Diversa	Víctima Conflicto	Mujer gestante	Cabeza de hogar	Campesino	Migrante
Darlin Leon. CC. 1143950039 FN 19-06-1992.	34.	Pareja.	Sanitas.	Contah	X									
Sofia Yuyan Nicolo Leon. TI 1116588001. FN. 31-03-2013	13.	Hija.		Emssanar										
Alexandra Nicolo Leon 1116923.	11	Hija.		Emssanar										

FN 208. 2014

Mujer/es gestantes en el hogar: Sí _ No X	**Mes de embarazo:**		**¿Asiste a controles?**	Sí ☐ No ☐	**¿Acompañamiento con partera?** Sí ☐ No ☐
¿Hay niños menores de 5 años en el hogar?: NO.	**¿Tiene vacunas al día?**	Sí ☒ No ☐	**Asiste a crecimiento y desarrollo**	Sí ☐ No ☐	**¿Algún niño con diarrea o tos frecuente?** Sí ☐ No ☒
	¿qué tratamiento usa en casa para manejar la diarrea?:			**¿Ha habido necesidad de acudir a un centro médico debido a estos síntomas?**	Sí ☐ No ☒
Los menores de edad el hogar asisten a un centro educativo?			Sí ☒ No ☐	**Si la respuesta es no, especifique el por qué:**	_____

Sí hay personas con discapacidad en el hogar, presenta dificultad permanente para: NO	☐ Caminar o moverse ☐ Ver, aun usando gafas ☐ Escuchar, aun usando audífono ☐ Hablar o comunicarse ☐ Aprender o comprender ☐ Recordar o concentrarse ☐ Realizar actividades diarias (bañarse, comer, vestirse) ☐ Condición mental o emocional permanente ☐ No hay personas con discapacidad	**¿Cuenta con certificado de discapacidad?**	Sí ☐ No ☒

FEDERACIÓN DE COLONIAS DEL PACÍFICO

FUNCOMAGÜÍ

¿Está vinculado o hace uso de alguno de estos programas usted o los miembros de su familia?

☐ Colombia Mayor (subsidio económico) ☐ Programas de salud para enfermedades crónicas ☐ Comedores comunitarios ☐ Bonos alimentarios ☐ Cuidado domiciliario o apoyo de EPS ☐ Madres FAMI ☐ Programa de victimas (PAPSIVI) ☐ Hogares comunitarios. ☒ Ninguno

3. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

¿La vivienda cuenta con los siguientes servicios? ¿Y de qué forma?			Identificación de factores de riesgo (determinantes ambientales	
Agua	☒ Formal	☐ Informal	**Agua**	☒ Acueducto ☐ Tanque/Almacenada (Riesgo Dengue) ☐ Pozo/Río
Energía	☒ Formal	☐ Informal	**Criaderos Observados**	☐ Aguas estancadas ☐ Llantas/Floreros ☐ Maleza alta
Alcantarillado	☒ Formal	☐ Informal	**Hacinamiento**	☐ Más de 3 personas por habitación (Riesgo TBC) ☒ Normal
Gestión de residuos	☒ Formal	☐ Informal	**Residuos**	☒ Recolección oficial ☐ Quema/Entierra ☐ Arroja a caño/río

4. PERCEPCIONES SOBRE EL ACCESO A SALUD

¿Dónde consultan primero cuando alguien se enferma?	¿Cuál considera que es la principal barrera de acceso a los servicios de salud occidental?
☒ Centro de Salud (IPS) ☐ Sabedor/a - Partera ☐ Farmacia ☐ Autocuidado en casa	☐ Discriminación y maltrato ☐ Mala prestación de los servicios ☐ Cobros por los servicios ☒ Los lugares de atención son lejanos ☐ Desconfianza en el sistema ☐ Desconocimiento de puestos de atención ☐ Recursos económicos insuficientes ☐ Uso de prácticas de salud alternativas ☐ otra? cual: _____

5. PRÁCTICAS EN MEDICINA ANCESTRAL Y TRADICIONAL

¿Utiliza plantas, baños, sobanderos o prácticas tradicionales para el cuidado de su salud?	Sí ☒ No ☐	**¿Tienen huerta de plantas medicinales en casa?**	Sí ☒ No ☐
¿Quién le enseño estas prácticas?	☒ Padres o abuelos ☐ Sabedores de la comunidad ☐ Aprendizaje empírico ☐ Otro	**¿Con qué frecuencia utiliza estas prácticas?**	Siempre ☐ A veces ☐ Nunca

6. USO DE SERVICIOS DE LA MEDICINA OCCIDENTAL

¿Qué instituciones del estado y privadas reconoce que existen en esta comuna/sector que brindan servicios de salud?

De la salud e instituciones:	Alternativos (sabedoras, parteras, yerbateras, entre otros):
Hospital Joaquin paz Borrero.	practicas propias

¿Se ha sentido discriminado por su identidad étnica o por sus prácticas de salud?				Sí ☐ No ☒
¿Qué ocurrió?				
¿Considera que ambas medicinas (tradicional afro y occidental) pueden trabajar juntas?	Sí ☑ No ☐	¿Por qué?		
¿Le gustaría que se integren y se reconozcan los saberes tradicionales en los centros de salud?	Sí ☒ No ☐	¿Por qué?		

4. NECESIDADES EN SALUD DE LA FAMILIA

¿Cuáles son las principales preocupaciones de salud en la familia?

☒ Enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, etc.) ☐ Enfermedades respiratorias ☐ Enfermedades infecciosas ☐ Salud Mental/emocional ☐ Salud sexual y reproductiva ☐ Nutrición y alimentación ☐Acceso a medicamentos de control ☐ Otro: epilepsia.

¿Ha tenido la necesidad de acceder a servicios de salud mental (psicología, psiquiatría, orientación profesional) en el último año?	Si ☐ No ☐		
Si la respuesta es afirmativa			
¿Cuál fue el motivo de la consulta?		convulsiones. hace un año.	
¿Recibió atención?	Sí ☒ No ☐	**¿Por qué?**	perdió el conocimiento.

En el hogar, alguien tiene o padece alguna de las siguientes enfermedades crónicas?

Tipo de enfermedades crónicas		¿Inicio tratamiento y/o asiste a controles?	¿Toma medicamentos?	¿Qué medicamentos toma?	¿tiene acceso a medicamentos	Observaciones
Hipertensión	Si ☐ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☒		Si ☐ No ☐	
Diabetes	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐	
Anemia Falciforme	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐	
Tuberculosis	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐	
Cáncer	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐	
Discapacidad	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐	
Otra. Cual? convulsion	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	levetiracetam 1gr. 2cada 9	Si ☒ No ☐	

Desde su percepción durante la visita ¿Observa alguna de las siguientes situaciones de riesgo psicosocial? No preguntar a la familia, responda según su observación

☒ Estrés ☐ Violencia familiar ☐ Consumo de alcohol ☐ Consumo de SPA ☐ Duelo reciente ☐ Ansiedad ☐ Otra

5. ENFOQUE AIEPI COMUNITARIO

Se abordarán preguntas relacionadas con prácticas alimenticias y enfermedades prevalentes de la infancia (Diarreica aguda, infecciones respiratorias y desnutrición)

¿Implementan una alimentación Tradicional en casa?	*Si ☒ No ☐*	
¿Qué alimentos usa y considera como tradicionales? *Ej: (Papachina, banano verde, Guagua, mariscos, toyo, Piangua/conchas, raya, cangrejo/jaiba, envueltos, camarón de mar)*	Guayaba - papa china. Orégano. - Manzanilla Té.	
¿Presenta alguna diicultad para acceder a alimentos?	*Si ☐ No ☒*	*¿Cuál es la dificultad?*

1. ¿En su comunidad, que alimentos "no son apropiados" para el niño menores de un año? y ¿por qué?	2. ¿Qué síntomas considera usted que debe tener un menor para sospechar de una desnutrición y como usted reconoce una pérdida de peso?
Condimentos.=Daño a la salud.	Se le ven los huesos.
3. ¿Cuándo considera usted que debe llevar al menor a un centro médico?	4. ¿Qué acciones o prácticas tradicionales utilizan en la comunidad para prevenir la Desnutrición?
Cuando se ve severamente mal	Caldos-Pescado-Jugos de mani
5. ¿Qué síntomas considera usted que debe tener un menor para sospechar de una diarrea?	6. ¿Puede describir cuales son los signos o síntomas de deshidratación?
Deposiciones sueltas >4 al dia.	Piel palida-ojos hundidos
7. ¿Cuál es la fuente de agua usada para beber?	8. ¿Cómo realizan el lavado de los Alimentos para su consumo?
Acueducto.	Agua-sal-limon-Vinagre.
9. ¿Qué acciones o prácticas tradicionales utilizan en la comunidad para prevenir o curar la Diarrea?	10. ¿Qué síntomas considera usted que debe tener un menor para sospechar de una Infección Respiratoria Aguda?
Lavado manos: Alimentos	Dificultad para respirar
11. ¿Qué acciones o prácticas tradicionales utilizan en la comunidad para prevenir las infecciones respiratorias?	
Usar saco-tapabocas	

6. OBSERVACIONES DEL PROMOTOR

(Describa las recomendaciones brindadas a la familia)

Se brinda orientacion para manejo del estres: Ejercicios de respiracion, descanso adecuado.

Describa cualquier otro aspecto observado durante la visita

¿Considera necesaria la activación de rutas de atención?	Si ☐ No ☒	Si, sí ¿cuales?	Correo para salud EPAN Cerebral - con sedacion.

7. COMPROMISOS GENERADOS DURANTE LA VISITA

N°	Compromiso/acuerdo	Responsable	Fecha próxima visita:
1	Manejo respiracion en situacion estres	☒ Familia ☐ Promotor/a	04-08 2026.
2	Descanso adecuado	☒ Familia ☐ Promotor/a	
3	Gestion RPMS con sedacion	☐ Familia ☒ Promotor/a	
4		☐ Familia ☐ Promotor/a	
5		☐ Familia ☐ Promotor/a	

Autorización de tratamiento de datos	Nombre de la persona encuestada:

Autorizo de manera voluntaria, previa y explicita a la ESE y a las entidades articuladoras del PIC, para el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 (Ley de Protección de Datos Personales), con el fin exclusivo de ser contactado(a), incluido(a) en el Programa de Promotores en salud y a las actividades del componente de salud propia de comunidades negras, Afrodescendientes, raizales y Palenqueras. Sí ☒ No ☐	Firma: Jeison Medina	Huella:

8. SEGUIMIENTO VISITA 2

¿La familia siguió las recomendaciones?	Sí ☒ No ☐	**Hizo uso de la medicina:**	☐ Ancestral	☐ Occidental
¿Sé activaron rutas de atención? Describa el seguimiento y acompañamiento que ha brindado	Solicitud de gestion de RMN Cerebral comento que todavia no la llaman			

OBSERVACIONES DEL PROMOTOR

¿Cómo se ha sentido la familia o la persona priorizada desde la última visita?	☒ Mejor ☐ Igual ☐ Peor
¿La condición o padecimiento identificado inicialmente ha mejorado? **☐ Sí ☐ No ☐ Parcialmente**	☐ Sí ☐ No ☐ Parcialmente

Describa la evolución y avances concretos que evidencia respecto a los compromisos establecidos en la visita inicial?

no se identificaron riesgos en salud se dieron recomendaciones en nutricion introducción de plantas medicinales.

¿Continua con tratamiento médico?	☐ Sí ☐ No

¿Han surgido nuevos obstáculos, riesgos o factores externos que estén limitando el acceso a salud desde la última visita?"

NO.

¿Presenta actualmente alguna molestia o síntomas nuevos?	☐ Sí ☒ No	**Si la respuesta es si, indiqué cuales:**	_____ _____

¿Considera que se integraron los saberes desde la medicina ancestral y occidental? Describa cómo

Si, plantas medicinales acetaminofen.

¿Requiere apoyo adicional o nueva valoración médica?	☐ Sí ☒ No

¿qué recomendaciones o nuevas acciones se deben priorizar en la familia en relación a su salud?

Uso de plantas medicinales, uso de los recursos naturales.

Nombre de la persona que responde: Johana Hoyos	**Firma:**	**Huella:**