BIENESTAR FAMILIAR	**MODALIDAD** **1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO** **CONTRATO No 066 DE 2022**	nu3 alimenta cuerpo y alma



Powered by CamScanner

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Inirida

Fecha: 30-01-2023

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS NV3 contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Ruben Dario Santana Montenegro

No. documento de identidad: 1019109000 Firma Ruben Santana

Responsable de (nombre de la niña o niño) Jorgelys Estefani Vallejo Cordero

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS:

Olga lucia Barrera. No. documento de identidad: 1121911792

Firma: Olga lucia Barrera.

Observaciones:

Beneficiaria gestante con bajo peso gestacional manifiesta ser su primer embarazo convive con el esposo.
Se encuentra en adecuado estado de salud.

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
45,5	148	BPE6

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Jorgelys Estefani Vallejo Cordero	5-06-2001	30-01-23

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	21 años 4 8meses	16

Tipo de documento de identidad	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:	Número de documento de identidad
1. ☐ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☒ No tiene	1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☒ Otra, cuál: Extranjeria -Venezolana	SD

Étnicamente se reconoce como:	
1. ☒ Indígena Pueblo: Yeral 2. ☐ Rromm Kumpania: _____ 3. ☐ Negro/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☐ Ninguna	Es desplazado: NO ☒ SI ☐ De donde: _____ Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐ Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Ruben Dario Santana	Esposo	3214853304

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Sí la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorías presenta discapacidad	Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.	La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐
1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas	1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? NO ☐ SI ☐	¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

Powered by CamScanner

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad ateneión _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Guainía	Municipio: Inirida.	Zona: Rural ☐ Urbana ☒
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Porvenir bajo	Dirección: Resguardo el pagil.	Coordenadas geográficas: N: 3°53'07.85.04" W: 67°55'15.14641"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No Tiene Nombre: _____	Número de contacto: No Tiene Nombre: _____
Parentesco: _____	Parentesco: _____

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): Beneficiaria que vive al lado hiqgoerdo de la cancha.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

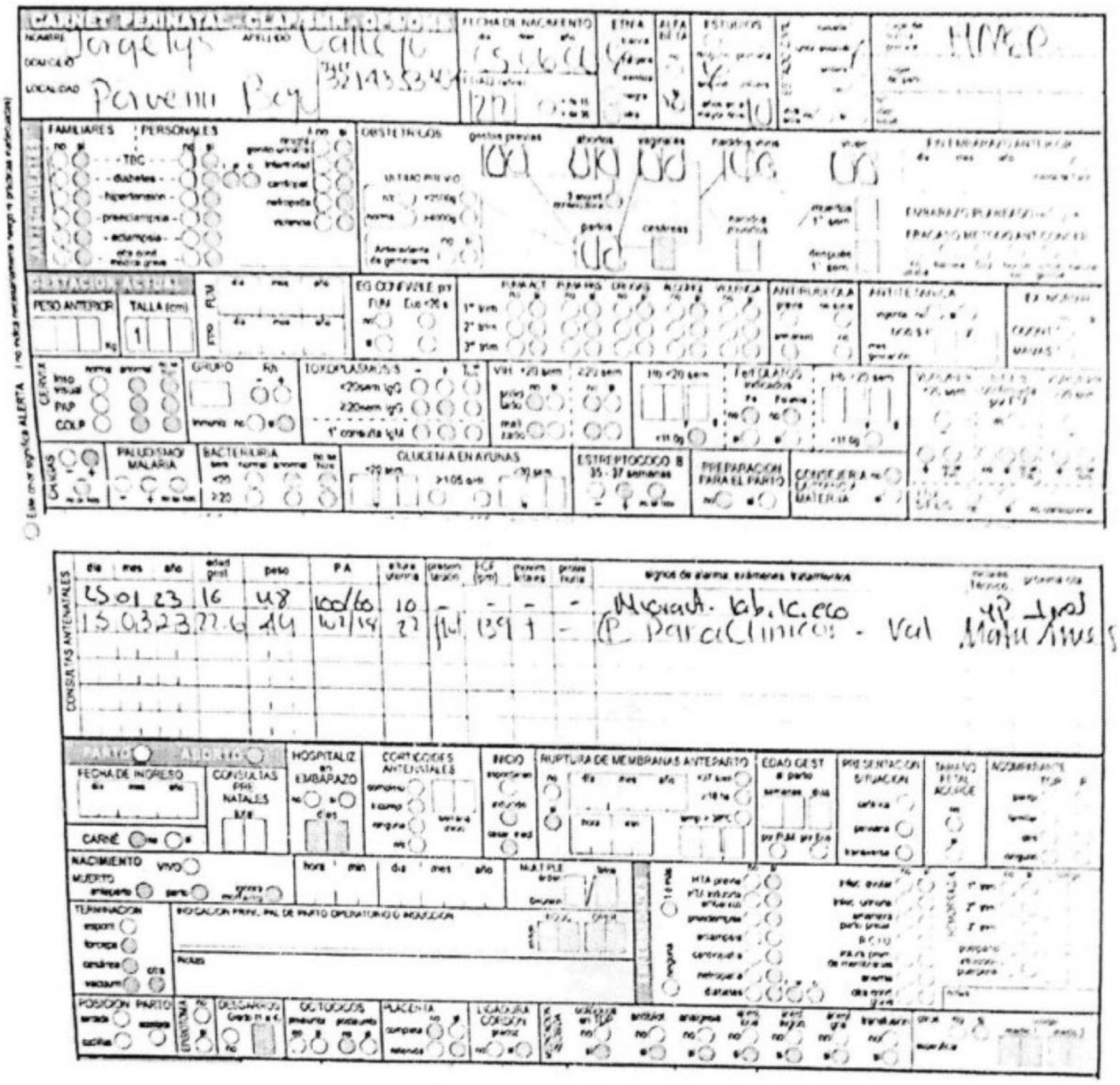
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad		✓	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	—	—
Carné de vacunación	✓		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	✓	
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)		✓	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	✓	

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO

Beneficiaria que no cuenta con vacunas al dia ni afiliacion a salud ya que es pc de poblacion migrante.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: ✗ Ruben Zanfana Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Olga Lucia Barrera Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1	05-04-2023	AC37B390CD	Misael Martinez
	2			
VPH	1			
	2			

LOT/ EXP :
AC37B390CD
07-2023

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1			
		2			
		3			
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual	pendiente =		
Otras					

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jorgelys Estefani

Apellidos: Vallejo Cordero

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 02092

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 06 Año 2000

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.019.109.000**

SANTANA MONTENEGRO

APELLIDOS

RUBEN DARIO

NOMBRES

Ruben Santana

FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

28-JUN-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00794496-M-1019109000-20160226 0048678033A 1 1243800019

Powered by CamScanner

FORMATO MUJERES GESTANTES

Fecha de Ingreso: Día 30 Mes 01 Año 2023

Unidad de Servicio: UDS Inirida

Departamento: Guainia Municipio: Inirida

1. INFORMACION GENERAL

Nombres y apellidos: Jorgelys Estefani Vallejo Bonilla Teléfono contacto: _____

Tipo ID SD No. ID SD

Fecha Nacimiento: D 05 M 06 A 2001 Edad: 21 Semanas de Gestación: 16

Embarazo de alto riesgo: si ___ no X ¿Por qué? _____

EAPB: coosalud IPS: HMSP

Dirección domicilio: porvenirbajo Barrio, vereda, localidad, ranchería: porvenirbajo

2. VALORACIÓN INICIAL DE LA ALIMENTACION CONSUMIDA POR LA MADRE GESTANTE

2.1. Información Inicial de la alimentación

Apetito: normal X aumentado ___ disminuido ___

Hábito intestinal: normal X estreñimiento ___ diarrea ___

Alimentos preferidos: Pollo

Alimentos rechazados: Ninguno

Alimentos no tolerados: No refiere

Sintomatología gastro-intestinal: vomito ___ nauseas ___ llenura ___ inapetencia ___

Otros: Ninguno

2.2. Información Inicial de Anamnesis alimentaria (día anterior)

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
8:00am	Sopa de pasta con pollo chocolate	300cc 1 porción 1 Vaso 250cc
12:30pm	Arroz con Atun (Atun, cebolla) preparada suntee	1 porcion 1 vaso 300cc
5:00pm	caldo de pescado con casabe yuca	300cc 1 plato M 1 vaso 250cc

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

2.3. Información Inicial de Frecuencia de consumo de alimentos por grupo

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Arroz, pasta	X							
Papa, plátano, arracacha, ñame				X				
Pan, arepa				X				
Tomate, zanahoria, ahuyama							X	
Habichuela, alverja verde, acelga, espinaca, brócoli, cebolla,							X	
Mango, maracuyá, papaya, guayaba							X	
Banano, lulo, piña, naranja,							X	
Leche sola							X	
Yogurt, kumis								X
Queso								X
Carne, pollo, pescado	X							
Huevo	X							
Leguminosa	X							
Embutidos							X	
Aceites, mantequilla y grasas	X							
Aguacate, coco							X	
Azúcar, panela	X							
Dulces							X	
Paquetes, comidas rápidas							X	
Gaseosas							X	
Otros								X

FUENTE: Construcción propia con aportes del Instrumento para evaluar los hábitos de consumo de alimentos en mujeres gestantes y lactantes, y niños menores de 5 años participantes del proyecto de complementación alimentaria del municipio de Itagüí.

2.4. Cálculo de consumo aproximado calorías y nutrientes de la mujer gestante al ingreso del programa y recomendado.

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% CUBRIMIENTO
Líquidos	1200.0	3000	40
Calorías	869	2200	40
Proteínas	45.0	68.9	65
Grasas	26.5	75.0	35
Carbohidratos	119.9	175.0	69
Calcio	132.5	1300	10
Hierro	7.4	40	19
Vitamina A	721.7	770	94

3. ANTROPOMETRÍA

REPORTE	Fecha toma medidas antropométricas			Edad		Control Prenatal (SI/NO)	Peso Kg	Talla cm	Semanas de gestación	IMC	Clasificación nutricional	Edema en manos o pies	Signos de alarma (vómito abundante, dolor de cabeza, sangrado, dolor abdominal, contracciones, otros)
	Día	Mes	Año	Años	Meses								
INGRESO	30	01	23	21	7	SI	45.5	148	16	29.8	BPEG	NO	NO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

4. CONCEPTO VALORACIÓN NUTRICIONAL INTEGRAL

Haga una interpretación sobre la alimentación y el estado nutricional encontrado, para definir las recomendaciones de alimentación y nutrición necesarias.

Mujer gestante que ingresa a la modalidad con bajo peso para la edad gestacional, se detectan situaciones de inseguridad alimentaria y nutricional en el hogar

5. RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y NUTRICIONALES

(Mínimo debe contener: No. De tiempos de comida, alimentos a suministrar en cada tiempo de comida con la alimentación del hogar, alimentos priorizados para la mujer gestante, priorización de alimentos de la Ración Familiar para Preparar, Orientaciones sobre el consumo del Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia, definición alimentos, nutrientes y tiempos de comida según estado fisiológico gestante/lactante").

- Promover el consumo de alimentos que integran la RFPP
- Complementar la RFPP con alimentos propios de la región.
- Realizar preparaciones saludables con la GAUN del C. entregada por el consumo exclusivo para la gestante.
- Aumentar el consumo de alimentos fuentes en proteína (Carne de res, pescados, huevo, leguminosas)
- Consumir frutas y verduras propias de la región (Cilantro, Banano, papaya, piña.
- Lavado de manos frecuentes antes y después de ir al baño.
- Optar por realizar preparaciones saludables, asadas, guisadas, al vapor o la plancha.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

6. SEGUIMIENTO A LA ATENCIÓN

6.1. Seguimiento antropométrico

REPORTE	Fecha toma medidas antropométricas			Edad		Control Prenatal (SI/NO)	Peso Kg	Talla cm	Semanas de gestación	IMC	Clasificación nutricional	Edema en manos o pies	Signos de alarma (vómito abundante, dolor de cabeza, sangrado, dolor abdominal, contracciones, otros)
	Día	Mes	Año	Años	Meses								
INGRESO	30	1	23	21	8	SI	45.5	148	16	20.8	BPEG	NO	NO
SEGUIMIENTO MENSUAL	15	2	23	21	9	NO	46.8	148	18	21.4	INC Adecuado	NO	NO
	14	3	23	21	10	SI	49.3	148	22	22.5	INC Adecuado	NO	SI - Dolor de cabeza
	10	4	23	21	11	NO	52.4	148	26	23.9	INC Adecuado	NO	NO
	19	5	23	22	0	NO	54.2	148	31	24.7	INC Adecuado	NO	NO
EGRESO													

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

6.2. Seguimiento al consumo del Alimento de Alto Valor Nutricional para la mujer gestante y Ración Familiar Para Preparar

REPORTE	Fecha			Atención Nutricional			Observaciones (Registre la mejoría o no de la beneficiaria y si es necesario adelantar acciones adicionales)
	Día	Mes	Año	Recibe alimento para la MG y madre en PL (SI / NO)	Nº de bolsas entregadas/ mes	Recibe Ración familiar (Si o No)	
INGRESO	30	1·	23	SI	1	SI	Mujer Gestante con bajo peso Remejada con NUEVO INGRESO RFPP Y AAV.
SEGUIMIENTO MENSUAL	15	2	23	SI	1	SI	Ganancia de peso de 562 gra
	14	3	23	SI	1	SI	Ganancia de peso 406 gramos.
	10	4	23	SI	1	SI	Ganancia de peso 690 gramos.
	19	05	23	SI	1	SI	Ganancia de peso 558 gramos
EGRESO							

Amalia Rios Caamano

Nombre del Nutricionista Dietista

Amalia Rios Caamano
Universidad Metropolitana
Nutricionista Dietista.
CC 1234090730

Firma, sello y tarjeta profesional

Powered by CamScanner

4. GRAFICA DE ATALAH PARA LA CLASIFICACIÓN DEL IMC PARA LA EDAD GESTACIONAL

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN · MINSALUD · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · BIENESTAR FAMILIAR



Fuente: Atalah E, Castillo C, Castro R. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación Nutricional de Embarazada Rev Med Chile 1997;125:1429-36.

Powered by CamScanner

5. SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS O GESTIONES REALIZADAS

Nombre beneficiario/a: | Documento de identidad:

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
15-02-23	Concertacion de la RFPP	Se realiza socializacion y concertacion de los alimentos manteniendo el enfoque diferencial de las comunidades.	
14-03-23	Signos clinicos - de alarma durante el embarazo.	Durante la atencion realizada se identifica que presenta sintomas en el cuerpo como debilidad y refiere un leve dolor de cabeza. Niega presentar otra complicacion durante la atención. Por lo anteriormente mencionado el espacio refiere que desde el Jueves 9 de marzo ha estado presentando tambien los mismos sintomas con escalofrios. "Ayer 13 de marzo tuve cita de control prenatal y me enviaron al servicio de urgencia, pero como habia mucha paciente me fui y no recibi la atencion. Por lo tanto, se realiza acompañamiento al Hospital Manuel elKin Patarroyo, por parte del auxiliar en enfermería.	

Nombre persona que diligencia: Amalia Ros C | Firma persona que diligencia:

Cargo: Nutricionista Dietista | Tarjeta profesional, si aplica: 1234-91733

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

5. SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS O GESTIONES REALIZADAS

Nombre beneficiario/a: | Documento de identidad:

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
10/4/23	Derechos a la alimentos	Sensibilizacion sobre el derecho fundamental a la alimentacion que sea variada tanto en cantidad como calidad.	
19-5/23	Seguimiento nutricional	Para el mes de seguimiento nutricional realizado se brinda orientacion Sobre la importancia de proritar la alimentacion saludable durante el embarazo, asimismo priorizar el consumo de alimentos, como: v Para prevenir la anemia: Consumir alimentos fuentes en hierro (viseras (1) vez por semana v Para fortalecer la salud de los huesos consumir alimentos como, lacteos: (Leche, queso)	

Nombre persona que diligencia: Amalia Rios Cr

Cargo: Nutricionista Dietista

Firma persona que diligencia:

Tarjeta profesional, si aplica:

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

Nombre beneficiario/a:	Tipo y documento de identidad	Dirección en donde se realizó la visita:	Fecha visita domiciliaria:
Jorgelys E. Vallejo	C10E03B778164D78	29- de Julio	15-02-23

1. ESTRUCTURA FAMILIAR

En el siguiente cuadro registrar las personas que conviven con el niño de mayor a menor según edad

Nombre y apellido	Edad	N° Documento Identidad	Parentesco afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud -EPS	Tiempo De trabajo (permanente, temporal, eventual)
Ruben Dario Santana	27	1019 109 000	Conyuge	Union libre	11°	Independiente	Coosalud	Temporal

-En el caso de niño o niña identifique con un asterisco (*) la persona que está responsable de su cuidado la mayor parte del tiempo; si la persona responsable del cuidado del niño, no conviven con él o ella relaciónelo en el cuadro anterior y en parentesco o afinidad indique que tipo de relación tiene con el/la beneficiario/a.

- Si en la estructura familiar se encuentra otra persona que está siendo atendido/a por una modalidad atención y prevención a la desnutrición identifíquelo con (**AN**), especificando la modalidad en situación observada.

- Si existe una madre gestante identificarla con (**MG**) y a una mujer en periodo de lactancia con (**ML**)

si el niño o niña no vive con su padre y su madre, indicar la razón	Si el niño o niña no vive con su padre y su madre, y está/n vivos, cumple con la responsabilidad de alimentos	Ha estado vinculado a otro programa del ICBF
1. Divorcio o separación: ____ 2. Fallecimiento: ___ 3. Trabajo: ____ 4. Asilo político: ____ 5. Privacidad de la libertad: ____ 6. Desaparición: ____ 7. Amenaza: ____ 8. Nunca ha convivido con el niño/a _ 9. Otra, Cuál: ____	SI___ NO___	SI: cuál: ____ NO: X Está vinculado a otro programa social SI: cuál: ____ NO: _____

número de personas de la familia que aportan a la economía familiar 1	Total, de ingresos mensuales de la familia en SMMLV
	1. Menor o igual al 50% del SMMLV: X 2. Entre el 50 y el 100% del SMMLV: ___ 3. Más de 2 SMMLV: ___

Powered by CamScanner

2. DATOS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda

1. Casa lote: ____
2. Casa: X
3. Apartamento: ____
4. Inquilinato: ____
5. Habitación o cuarto: ____
6. Vivienda tradicional ¿cuál?: ____
7. Lugar de trabajo: ____
8. Otra (¿cuál?) : ____

Tenencia de la vivienda

1. Arrendada: ____
2. Propia: X
3. Familiar: ____
4. Albergue o refugio: ____
5. Posada: Vivienda otra persona sin pagar: ____
6. Paga diario: ____
7. Invasión: ____
8. Otra (¿cuál?) : ____

Servicio Sanitario

1. Inodoro a alcantarillado: ____
2. Inodoro a pozo séptico: X
3. Inodoro a fuente de agua (bajamar) : ____
4. Inodoro sin conexión: ____
5. Letrina (pozo negro hoyo): ____
6. Aire libre: ____
7. Fuente Hídrica: ____

¿El servicio sanitario es compartido?
SI___ NO X

Número de dormitorios
2

Número promedio de personas por dormitorio
2

Servicios públicos con los cuales cuenta la familia
Energía eléctrica: X
Alcantarillado: ____
Gas natural: ____

Cocinan con
12. Gas: X
13. Leña: ____
14. Gasolina: ____
15. Electricidad: ____
16. Otro (cuál?): X Carbon

El agua para consumir la familia la obtiene
17. Acueducto: ____
18. Pozo: X
19. Aljibe: ____
20. Lluvia: ____
Fuente hídrica: ____

Tratamiento del agua para consumir
1. Ninguna, es potable: ___
2. Decantación o filtros naturales: ___
3. Ninguna, la usan como la obtienen: X
4. Filtros artificiales: ___
5. Cloro: ___
6. Embotellada, bolsa: ___
7. Hervida: ___

¿Cómo eliminan la basura?
1. La recoge el servicio de aseo: ___
2. La botan a la fuente de agua: ___
3. La entierran: ___
4. La queman: X
5. La botan al air libre: ___
6. Otro (¿cuál?)

Espacio exclusivo para cocinar
X

La cocina es compartida
SI___
NO X

3. VARIABLES RELACIONADAS CON SEGURIDAD ALIMENTARIA

Los alimentos se adquieren a
X
____
____
Mercado: X
Subsidio (bonos, ____
____

Los alimentos perecederos son almacenados en:
1. Alacena: ____
2. Cajas de cartón: ____
3. Cajas madera: ____
4. Cajas o recipientes plásticos: X
5. Cajas recipientes metálicos: ____
6. Nevera: ____
7. Bolsas: ____
8. Otro (¿cuál?): ____

Los alimentos no perecederos son principalmente almacenados en
1. Alacena: ____
2. Cajas de cartón: ____
3. Cajas madera: ____
4. Cajas recipientes plásticos: X
5. Cajas recipientes metálicos: ____
6. Nevera: ____
7. Bolsas: ____
8. Otro (¿cuál?): ____

¿Se evidencia alimentos en descomposición?
SI___
NO X

En la repartición de los alimentos se prioriza en cantidad y calidad acorde a la edad a:
1. Los niños menores de 5 años: ____
2. Las personas proveedoras económicamente: ____
3. Los niños menores de 5 años: ____
4. Las niñas menores de 5 años: ____
5. Las personas de mayor edad: ____
6. La persona que ejerce la autoridad: ____
8. Las mujeres: ____
9. Repartición equitativa: X

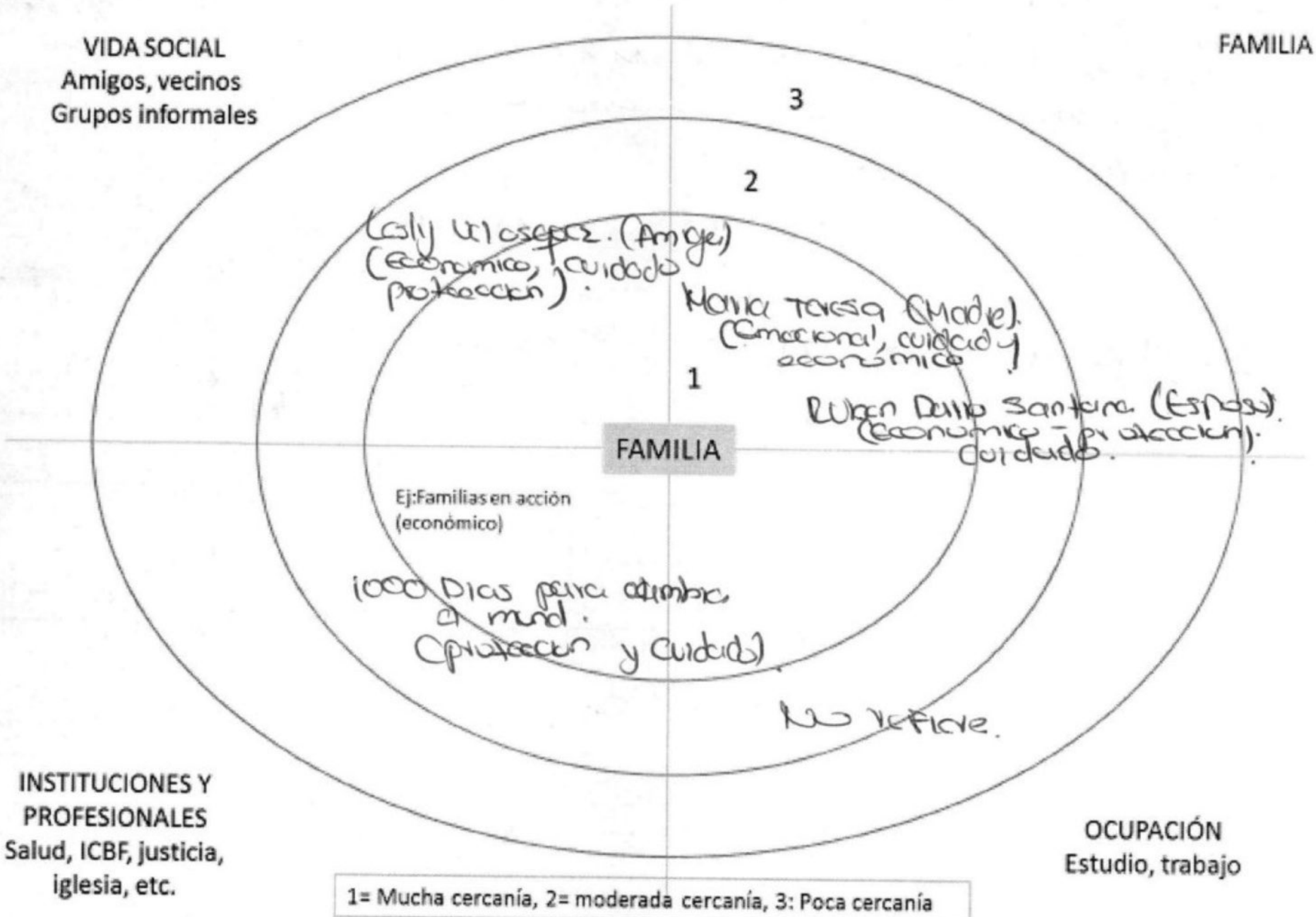
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

4. MAPA DE PERTENENCIA - REDES DE APOYO FAMILIAR



1= Mucha cercanía, 2= moderada cercanía, 3: Poca cercanía

Indicar en paréntesis que tipo de apoyo recibe. (Económico, cuidado, protección, material, emocional, espiritual. Ver ejemplo)

Situaciones observadas o presentadas



Beneficiarios que ingresan a la modalidad con bajo plus para la edad gestacional, conviven con familia de tipología nuclear, pertenecientes al grupo étnico y es (también mestizo) primer hijo del hogar.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

Recomendaciones:
- Demostrar los tiempos de alimentacion, consumo de frutas.
- Demostrar habitos de higiene y limpieza en el hogar.
- Actualizar esquema de vacunacion.
- Asistir a control oral

5. personas que participaron en la visita domiciliaria

NOMBRE	FIRMA O HUELA
Jorgelys Estefany Cordero.	

...ima visita	Nombre Persona Que Diligenció	Firma Tarjeta profesional si aplica	Función: Profesional social: ___ Gestor/a: _____ Pedagogo/a: _____ Aux Enfermería: ____ Nutricionista: _____
Mensual	Alejandra Pinzon	184 162-	

Powered by CamScanner

6. SEGUIMIENTO A CAMBIO DE INFORMACIÓN INICIAL

El o la profesional social debe verificar permanentemente si se ha presentado algún cambio con respecto a información aportada al ingreso y caracterización inicial, registrarla a continuación y modificarla en el formato 9 (seguimiento o egreso base Excel)

Fecha y persona que reporta el cambio	Variable en la cual se reporta cambio	Cambio presentado	Fecha	Variable en la cual se reporta cambio	Cambio presentado
02/03/2017 Gestora	**Ejemplo:** El agua para consumir la familia la obtiene	De fuente hídrica a agua lluvia			
2/02/23	Cambio de residencia	25 de julio Barrio.			

Este formato se sugiere imprimir por ambas caras, y contar con los formatos que cada familia requiera para registrar los cambios que surjan durante el proceso.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

El Plan de Acompañamiento Familiar debe ser construido entre los profesionales (Nutricionista y Profesional área social) con apoyo del auxiliar de enfermería y los gestores comunitarios. Comprende tres partes; la primera de identificación de factores protectores y factores de riesgo liderada por el profesional social, la segunda el establecimiento del plan de acompañamiento familiar en el cual deben concurrir todos los integrantes del equipo y la tercera el seguimiento liderado por el profesional social, quien podrá apoyarse de los demás integrantes del equipo.

Nombre beneficiario/a: Jorgelys E Valles.	Dirección en donde se realizó la visita: 25 julio	Fecha visita domiciliaria: 25-02-23
Tipo y No. de documento: SD		

1. IDENTIFICACÓN DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO Y SEGUIMIENTO DE COMPROMISOS

Al frente de cada atención, columna FACTOR, registre **P** si es un factor Protector o **R** si es de riesgo o **NA** si no aplica

1.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

ATENCIONES	FACTOR	ACUERDO DE COMPROMISOS Acordar con la familia compromisos solamente para las atenciones indicadas con **R** , es decir **Factores de Riesgo**, en la columna anterior nombrada como "FACTOR"	SEGUIMIENTO COMPROMISOS Cuando se cumpla el compromiso generado con la familia para el factor de riesgo, diligenciar (durante el proceso de atención), registrando una X en "CUMPLIDO" y diligenciando la fecha en la cual se evidenció el cumplimiento	
			FECHA	CUMPLIDO
1. Conoce la importancia de la lactancia materna en la primera hora del nacimiento del bebé.	R	Asistir a los encuentros de lactancia materna	25-02-23	X
2. Ofreció lactancia materna durante la primera hora del nacimiento al bebé.	NA			
3. En niños y niñas de 0 a 6 meses se les proporciona lactancia materna exclusiva a libre demanda.	NA			
4. En niños y niñas de 6 meses a 2 años se les proporciona lactancia materna complementaria.	NA			
5. Se realiza lavado de manos después de utilizar el sanitario y antes de la preparación y/o consumo de alimentos.	R	lavarse las manos antes de preparar y consumir los alimentos.	25-02-23	X
6. Cuenta con agua potable o con alguna técnica para obtener agua apta para el consumo humano.	R	Hervir el agua de consumo	25-02-23	X
7. Se lavan los alimentos con agua segura para el consumo antes de su preparación y/o consumo.	P			
8. En la alimentación se procura el consumo de alimentos como carne de res, cerdo, chigüiro, conejo, cabro, curí, pescado, morcilla o vísceras de res.	P			
9. En la alimentación diaria se procura el consumo de alimentos fuentes de vitamina A (frutas y verduras de color amarillo o verde intenso).	P			

Powered by CamScanner

10. En la alimentación se procura el consumo de alimentos como fríjol, lenteja, garbanzo.	P			
11. La familia consume 3 o más tiempos de comida en el día.	P			
12. En la familia se evita consumir diariamente alimentos como gaseosas, jugos procesados.	P			
13. En la familia se consume menos de 1 vez a la semana embutidos (salchichas, salchichón, jamón, mortadela, butifarra, chorizo, longaniza, génova).	P			
14. La familia consume menos de 1 vez por semana comidas rápidas como hamburguesa, perros calientes, pizza, tacos entre otros.	P			
15. La familia consume menos de 1 vez a la semana alimentos empaquetados tipo snaks.	P			

ATENCIONES	FACTOR	ACUERDO DE COMPROMISOS Acordar con la familia compromisos solamente para las atenciones indicadas con **R**, es decir **Factores de Riesgo**, en la columna anterior nombrada como "FACTOR"	SEGUIMIENTO COMPROMISOS Cuando se cumpla el compromiso generado con la familia para el factor de riesgo, diligenciar (durante el proceso de atención), registrando una X en "CUMPLIDO" y diligenciando la fecha en la cual se evidenció el cumplimiento	
			FECHA	CUMPLIDO
16. En la familia se promueve la actividad física (caminar, trotar, montar bicicleta)	P			
17. Cuentan con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.	NA			
18. Cuenta con esquema de vacunación al día.	P			
19. Cuenta con valoración y controles en salud oral.	P			
20. Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia.	P			
21. La mujer gestante asiste mensualmente a controles prenatales.	P			
22. .La mujer gestante recibe micronutrientes como: Hierro, Ácido fólico y Calcio y los consume.	P			
23. La mujer gestante se ha realizado exámenes médicos recomendados para mujeres gestantes.	P			
24. La mujer gestante reconoce las señales de peligro durante el embarazo.	P			
25. Cuenta con método de planificación o anticoncepción para después de que nazca el niño o niña.	NA			

Powered by CamScanner

ATENCIONES	FACTOR	ACUERDO DE COMPROMISOS Acordar con la familia compromisos solamente para las atenciones indicadas con **R**, es decir **Factores de Riesgo**, en la columna anterior nombrada como "FACTOR"	SEGUIMIENTO COMPROMISOS Cuando se cumpla el compromiso generado con la familia para el factor de riesgo, diligenciar (durante el proceso de atención), registrando una X en "CUMPLIDO" y diligenciando la fecha en la cual se evidenció el cumplimiento	
			FECHA	CUMPLIDO
26. Identifican signos de alarma de enfermedades prevalentes de la primera infancia (que pueden poner en peligro de muerte a niños y niñas).	P			
27. En niños/as menores de un mes se realizó valoración médica.	NA			
28. Los niños y niñas cuentan con controles de crecimiento y desarrollo.	NA			
29. El niño/a recibe suplementación (vitamina A, Zinc, Hierro) de acuerdo con la prescripción médica.	NA			
1.2 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES EN EL HOGAR				
1. La niña o niño reconoce las personas que le ndan protección.	NA			
2. Se establecen acuerdos o reglas para la convivencia familiar.	P			
3. Se emplean incentivos o correctivos que no atentan contra la integridad de los niños y niñas. En la familia no hay maltrato infantil.	P			
4. La familia mantiene la vivienda limpia.	P			
5. La familia cuenta con medidas para la protección de vectores y plagas.	P			
6. Se evidencia prevención de accidentes, tanto internos como externos en el hogar.	P			
7. La familia promueve hábitos de higiene en las niñas y los niños	P			
8. En la familia se comparten espacio de juego, esparcimiento y recreación.	P			
9. Cuando se presenta un episodio de enfermedad en la niña o niño se le brindan los cuidados especiales que requiere.	P			
10. Se evitan acciones que puedan afectar a las niñas, niños o mujeres gestantes como fumar, consumir bebidas alcohólicas, auto medicarse.	P			
1.3 FACTORES RELACIONADOS CON EJERCICO DE LA CIUDADANIA				
. Se reconoce a los niños y niña como sujetos de derechos.	P			
2. Los integrantes de la familia cuentan con documento de identidad acorde a la edad.	P			
3. Las niñas y niños participan en las actividades del hogar.	P			
4. Las niñas y los niños son tenidos en cuenta en la toma de decisiones.	P			

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

ATENCIONES	FACTOR	ACUERDO DE COMPROMISOS Acordar con la familia compromisos solamente para las atenciones indicadas con **R**, es decir **Factores de Riesgo**, en la columna anterior nombrada como "FACTOR"	SEGUIMIENTO COMPROMISOS Cuando se cumpla el compromiso generado con la familia para el factor de riesgo, diligenciar (durante el proceso de atención), registrando una X en "CUMPLIDO" y diligenciando la fecha en la cual se evidenció el cumplimiento	
			FECHA	CUMPLIDO
5. Se promueven espacios de encuentros familiares, comunitarios y entre pares para fortalecer vínculos e interrelación con otras personas.	P			
6. Participan en actividades de la comunidad u otros grupos externos.	P			

1.4 OTROS FACTORES DE RIESGO

RELACIÓN DE OTROS FACTORES IDENTIFICADOS, QUE NOSE ENCUENTRAN CONTEMPLADOS EN LAS ANTERIORES ATENCIONES	FACTOR	ACUERDO DE COMPROMISOS Acordar con la familia compromisos solamente para las atenciones indicadas con **R**, es decir **Factores de Riesgo**, en la columna anterior nombrada como "FACTOR"	SEGUIMIENTO A COMPROMISOS Cuando se cumpla el compromiso generado con la familia para el factor de riesgo, diligenciar (durante el proceso de atención), registrando una X en "CUMPLIDO" y diligenciando la fecha en la cual se evidenció el cumplimiento	
			FECHA	CUMPLIDO

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

1.5 INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PARTICIPARON EN LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES Y ACUERDO DE COMPROMISOS

NOMBRE	PARENTESCO	FIRMA/HUELLA
1 Jorgelys Vallejo	madre Gestante.	
2 Ruben Dario Santana	Esposo.	Ruben dario santana
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Situaciones observadas o presentadas

Beneficiaria que ingresa a la modalidad 1000 dias para cambiar el mundo, cumpliendo 4 criterio de bajo peso para la edad gestacional, dinamica familiar favorable para el desarrollo gestacional de la usuaria. Redes de apoyo limitadas

Sugerencias o recomendaciones de la primera visita:

- Realizar proceso de potabilizacion del agua para el consumo (Hervir).
- Fortalecer practicas de higiene en el hogar.
- Realizar actualizacion de esquema de vacunación

Programación próxima visita	Nombre Persona Que Diligenció	Firma	Función:
Mensual	Alejandra Pinzón. Nurse	Alejandra Pinzon. Tarjeta profesional si aplica 189.162	Profesional social: ___ Gestor/a: _____ Aux Enfermería: ___ Nutricionista: _____

Powered by CamScanner

2. PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

Posterior a la identificación de los factores de riesgo y factores protectores, la realización de diagnósticos por parte de cada uno de los profesionales y de acuerdo con los componentes establecidos se deberá realizar la elaboración del Plan de Acompañamiento Familiar el cual armoniza y permite una atención pertinente y con calidad a la niña, niño y mujer gestante y sus familias. Este plan permite ver la intervención realizadas por el equipo interdisciplinario de manera articulada.

Componente	Descripción según diagnóstico inicial	Acciones a realizar	Periodicidad (quincenal, mensual, bimestral, trimestral, semestral)	Integrante del equipo responsable
Complementación alimentaria (armonizado con el Plan de Intervención Individualizada)	Bajo peso para la edad gestacional	Valoración Antropometrica, Peso, talla y PB). Educación alimentaria	Mensual	Nutricionista
Hábitos de Estilos de Vida Saludables (identificación a partir de acciones del profesional en nutrición, auxiliar de enfermería y gestores)	Canalización de hábitos de higiene y estilos de vida saludable	Realizar hábitos de higiene en el hogar- Estilos de vida saludable.	Quincenal?	Aux- Enfermería.
Fortalecimiento Familiar como Entorno Protector (armonizado con identificación de factores protectores y de riesgo y caracterización familiar)	Beneficiarios que cursan ciclo vital familia de tipología nuclear, dinámica familiar con favorable para el desarrollo de los factores de riesgo,	- Aumento tiempos de alimentación - Fortalecimiento de redes de apoyo - Asistir control salud oral - acciones de fortalecimiento (factores protectores	Mensual	Psicosocial

Nombre Coordinadora: Alejandra Ponton. Firma: Alejandra Ponton Tarjeta profesional, si aplica: 191751
Nombre Nutricionista: Fiorella Rizo C Firma: Fiorella Rizo C Tarjeta profesional, si aplica: 1234093
Nombre profesional social: Alejandra Pinzón. Firma: Alejandra Pinzón Tarjeta profesional, si aplica:
Nombre Aux de enfermería: Firma: Tarjeta profesional, si aplica:
Nombre gestor comunitario: Clara Pareja Sanz Firma: Pareja Sanz

Powered by CamScanner

3. SEGUIMIENTO SOCIAL

Nombre beneficiario/a	Documento de identidad	Fecha Visita domiciliaria	Dirección visita domiciliaria
Jorgelys Vallejo	C25F03B77B261D18	15-02-2023	25-de julio

NUMERO DE COMPROMISOS ACORDADOS INICIALMENTE:

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN: 5 | HOGAR: 0 | EJERCICIO A LA CIUDADANIA: 0

SEGUIMIENTO MENSUAL

	Fecha			Número de compromisos cumplidos y que se mantienen por estructurante			ARTICULACIÓN SNBF				
	Día	Mes	Año	Alimentación y nutrición	Hogar	ejercicio a la ciudadanía	Se ha realizado remisiones para contribuir en la garantía de derechos de la familia, con excepción a salud, (SI-¿cuál?, NO)	Asunto de remisión	se dio respuesta a solicitud de remisión (SI-NO)	el beneficiario/a fue remitido a protección (SI-NO)	Si, fue remitido a protección indicar motivo
	15	02	23	3	0	0	NO	——	NO	NO	NA
	14	03	23	0	0	0	NO	——	NO	NO	NA
	10	04	23	0	0	0	NO	——	NO	NO	NA
	19	05	23	0	0	0	NO	——	NO	NO	NA
EGRESO							SE VINCULO O INGRESO A	Modalidad de primera infancia cual: Otro programa o modalidad: cuál-Institución: Ningún programa			

4. REPORTE Y SEGUIMIENTO A NUEVOS COMPROMISOS

por presentarse nuevos factores de riesgo o por no mantenimiento de un compromiso cumplidos

Nombre beneficiario/a:	Documento de	Fecha de Orientación	Dirección de la orientación

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

		identidad	domiciliaria:	domiciliaria	
FECHA DE ACUERDO NUEVO COMPROMISO	REGISTRAR UNA X EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA		NUEVO COMPROMISO ACORDADO	SEGUIMIENTO A COMPROMISOS Diligenciar durante el proceso de atención, reportando solamente en los compromisos cumplidos la fecha en la cual se evidenció cumplimiento y una X en cumplido	
	Compromiso cumplido que no se mantuvo,	Compromiso por nuevo factor de riesgo		FECHA	CUMPLIDO

5. SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS O GESTIONES REALIZADAS	
Nombre beneficiario/a:	Documento de identidad:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

5. SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS O GESTIONES REALIZADAS

Nombre beneficiario/a: Jorgelys Estefani Vallejo | Documento de identidad: 20

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
9/05/23	Vinculos afectivos en la infancia	Se realiza seguimiento por medio de la Psicoeducación con la dinamica "mural de vinculos afectivos" con el objetivo de promover la reflexión sobre la importancia que tiene la construcción de vinculos afectivos generados desde la familia, facilitando un escenario de reconocimiento de los recursos propios que permitan la construcción de vinculos afectivos seguros y de cuidado mutuo entre los miembros de la familia. a su vez se fortalece la construcción de vinculos seguros y de interacciones afectuosa como mecanismos fundamentales en la protección integral de los niños	

Nombre persona que diligencia: Lizbeth Tatiana Quesada

Cargo: Psicosocial

Firma persona que diligencia:

Tarjeta profesional, si aplica: 261246.

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

5. SEGUIMIENTO A VISITAS DOMICILIARIAS O GESTIONES REALIZADAS

Nombre beneficiario(a) de identidad:

FECHA	TIPO DE VISITA REALIZADO O GESTIONES REALIZADAS		NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA

Nombre persona que diligencia:

Cargo:

Imprimir un profesional, si aplica:

Nota: Se debe imprimir por parte del equipo formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

5. SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS O GESTIONES REALIZADAS

Nombre beneficiario/a: Jorgelys Estefani Vallejo | Documento de identidad: SD.

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
15-02-23	Seguimiento Psicosocial	Se brinda psicoeducacion abarcando el eje tematico reconocimiento de los derechos y responsabilidades garantes de los mismos. que se registra novedad al momento.	Cumplido
14-03-23	Acompañamiento Psicosocial	Actividad para sensibilizar el proceso de acompañamiento en el construccion de la identidad de niños y niñas.	Cumplido
10-04-23	Derecho a la alimentacion	Durante la atencion se realizo la sensibilizacion sobre la alimentacion como el Derecho a la alimentacion. ya que es importante distribuir los alimentos entregados para el suministro de la beneficiaria para que pueda obtener calorias y demas nutrientes. Se puede evidenciar que aun no cuenta con la afiliacion a seguridad social ya que es de nacionalidad venezolana pero encuentra en proceso de dicho diligenciado.	

Nombre persona que diligencia: Alejandra pinzon Ruiz | Firma persona que diligencia: Alejandra Pinzon

Cargo: Psicosocial | Tarjeta profesional, si aplica: 189 167

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

6. SEGUIMIENTO FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

6.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Al frente de cada atención, columna FACTOR, registre **P** si es un factor Protector o **R** si es de riesgo o **NA** si no aplica

ATENCIONES	SEGUIMIENTOS			
	PRIMER MES: 2 AÑO 23	SEGUNDO MES: 3 AÑO 23	TERCER MES: 04 AÑO 23	CUARTO MES: 5 AÑO 23
	FACTOR	FACTOR	FACTOR	FACTOR
1. Conoce la importancia de la lactancia materna en la primera hora del nacimiento del bebé.	NA	NA	no	NA
2. Ofreció lactancia materna durante la primera hora del nacimiento al bebé.	NA	NA	no	NA
3. En niños y niñas de 0 a 6 meses se les proporciona lactancia materna exclusiva a libre demanda.	NA	NA	no	NA
4. En niños y niñas de 6 meses a 2 años se les proporciona lactancia materna complementaria.	NA	NA	no	NA
5. Se realiza lavado de manos después de utilizar el sanitario y antes de la preparación y/o consumo de alimentos.	R	P	P	P
6. Cuenta con agua potable o con alguna técnica para obtener agua apta para el consumo humano.	R	P	P	P
7. Se lavan los alimentos con agua segura para el consumo antes de su preparación y/o consumo.	P	P	P	P
8. En la alimentación se procura el consumo de alimentos como carne de res, cerdo, chigüiro, conejo, cabro, curí, pescado, morcilla o vísceras de res.	P	P	P	P
9. En la alimentación diaria se procura el consumo de alimentos fuentes de vitamina A (frutas y verduras de color amarillo o verde intenso).	P	P	P	P
10. En la alimentación se procura el consumo de alimentos como fríjol, lenteja, garbanzo.	P	P	P	P
11. La familia consume 3 o más tiempos de comida en el día.	P	P	P	P
12. En la familia se evita consumir diariamente alimentos como gaseosas, jugos procesados.	P	P	P	P
13. En la familia se consume menos de 1 vez a la semana embutidos (salchichas, salchichón, jamón, mortadela, butifarra, chorizo, longaniza, génova).	P	P	P	P
14. La familia consume menos de 1 vez por semana comidas rápidas como hamburguesa, perros calientes, pizza, tacos entre otros.	P	P	P	P
15. La familia consume menos de 1 vez a la semana alimentos empaquetados tipo snaks.	P	P	P	P
16. En la familia se promueve la actividad física (caminar, trotar, montar bicicleta)	P	P	P	P
17. Cuentan con afiliación al SGSSS.	R	R	R	R
18. Cuenta con esquema de vacunación al día.	P	P	P	P
19. Cuenta con valoración y controles en salud oral.	R	P	P	P
20. Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia.	P	P	P	P
21. La mujer gestante asiste mensualmente a controles prenatales.	P	P	P	P
22. La mujer gestante cuenta con suministro de micronutrientes hierro, ácido fólico y calcio y los consume.	P	P	P	P
23. La mujer gestante se ha realizado exámenes médicos recomendados para mujeres gestantes.	P	P	P	P

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

6. SEGUIMIENTO TRIMESTRAL FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

Al frente de cada atención, columna FACTOR, registre **P** si es un factor Protector o **R** si es de riesgo o **NA** si no aplica

6.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

ATENCIONES	SEGUIMIENTOS			
	PRIMER MES: 2 AÑO 23	SEGUNDO MES: 3 AÑO 23	TERCER MES: 04 AÑO 23	CUARTO MES: 05 AÑO 23
	FACTOR	FACTOR	FACTOR	FACTOR
24. La mujer gestante reconoce las señales de peligro durante el embarazo.	P	P	P	P
25. Cuenta con método de planificación o anticoncepción para después de que nazca el niño o niña.	NA	NA	NA	NA
26. Identifican signos de alarma de enfermedades prevalentes de la primera infancia (que pueden poner en peligro de muerte a niños y niñas).	P	P	P	P
27. En niños/as menores de un mes se realizó valoración médica.	NA	NA	NA	NA
28. Los niños y niñas cuentan con controles de crecimiento y desarrollo.	NA	NA	NA	NA
29. El niño/a recibe suplementación (vitamina A, Zinc, Hierro) de acuerdo a prescripción médica.	NA	NA	NA	NA

6.2 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES EN EL HOGAR

ATENCIONES	SEGUIMIENTOS			
	PRIMER MES: 2 AÑO 23	SEGUNDO MES: 3 AÑO 23	TERCER MES: 04 AÑO 23	CUARTO MES: 05 AÑO 23
	FACTOR	FACTOR	FACTOR	FACTOR
La niña o niño reconoce las personas que le brindan protección.	P	P	P	P
2. Se establecen acuerdos o reglas para la convivencia familiar.	P	P	P	P
3. Se emplean incentivos o correctivos que no atentan contra la integridad de los niños y niñas. En la familia no hay maltrato infantil.	P	P	P	P
4. La familia mantiene la vivienda limpia.	P	P	P	P
5. La familia cuenta con medidas para la protección de vectores y plagas.	P	P	P	P
6. Se evidencia prevención de accidentes, tanto internos como externos en el hogar.	P	P	P	P
7. La familia promueve hábitos de higiene en las niñas y los niños	P	P	P	P
8. En la familia se comparten espacio de juego, esparcimiento y recreación.	P	P	P	P
9. Cuando se presenta un episodio de enfermedad en la niña o niño se le brindan los cuidados especiales que requiere.	P	P	P	P
10. Se evitan acciones que puedan afectar a las niñas, niños o mujeres gestantes como fumar, consumir bebidas alcohólicas, auto medicarse, prevención de enfermedades.	P	P	P	P

Powered by CamScanner

6.3 FACTORES RELACIONADOS CON EJERCICO DE LA CIUDADANIA				
ATENCIONES	SEGUIMIENTOS			
	PRIMER MES: 2 AÑO 23	SEGUNDO MES: 3 AÑO 23	TERCER MES: 04 AÑO 23	CUARTO MES: 05 AÑO 23
	FACTOR	FACTOR	FACTOR	FACTOR
1. Se reconoce a los niños y niña como sujetos de derechos.	P	P	P	P
2. Los integrantes de la familia cuentan con documento de identidad acorde a la edad.	P	P	P	P
3. Las niñas y niños participan en las actividades del hogar.	P	P	P	P
4. Las niñas y los niños son tenidos en cuenta en la toma de decisiones.	P	P	P	P
5. Se promueve espacios de encuentros familiares, comunitarios y entre pares para fortalecer vínculos e interrelación con otras personas y diferentes espacios.	P	P	P	P
6. Participan en actividades de la comunidad u otros grupos externos.	P	P	P	P

OBSERVACIONES PRIMER SEGUIMIENTO

Durante el seguimiento correspondiente al mes de febrero se observa el efo temático reconocimiento de los derechos y intereses generales de los mismos. no se registra novedad alguna en gestante

OBSERVACIONES SEGUNDO SEGUIMIENTO

Durante el seguimiento del mes de marzo, se llevo a cabo Psicoeducacion orientada a la construcción de identidad y su importancia en el desarrollo infantil asi como los conocimientos de la gestante acerca de esta.

OBSERVACIONES TERCER SEGUIMIENTO

En el mes de abril se llevo a cabo seguimiento entorno a los derechos con los cuales cuenta la mujer gestante, a su vez se visualiza gran compromiso por la beneficiaria

OBSERVACIONES CUARTO SEGUIMIENTO

se realiza cuarto seguimiento en el mes de mayo, donde se identifica mayor numero de factores protectores, que de de riesgo; orientando a la beneficiara a mantener los factores protectores en su area familiar.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUIEN DILIGENCIA			
PRIMER SEGUIMIENTO	SEGUNDO SEGUIMIENTO	TERCER SEGUIMIENTO	CUARTO SEGUIMIENTO
Alejandra Pinzon	Alejandra Nontoy		

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO SEGUIMIENTO GESTORES COMUNITARIOS MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

F9.MO7.PP
Versión 3
1 de 1
Clasificación de la información
Reservada

Nombre del usuario Jorgelys Estefani Vallejo Cordero
No identificación del usuario 50
Afiliación al SGSSS SI ___ NO X EPS: ___
Fecha de nacimiento DD-MM-AA 5-06-2001

Barrio o vereda de residencia Peruenia bajo
Dirección de residencia Peruenia bajo
Nombre de madre, padre o cuidador Ruben Sandoval Edad 27
Número de integrantes del hogar 2

Agua para consumo Hervida __ Filtrada __ Sin tratamiento X
Recibe Lactancia Materna Si ___ No ___ No Aplica X
Usa Biberón: Si ___ No ___ No Aplica: X
Recibe otros alimentos diferentes a leche materna: Si __ No __ No Aplica X

	Fecha			Edad	Circunferencia Media de Brazo				Signos de desnutrición (Si, No, NA)		Alimento Listo para el Consumo				Ración Familiar para Preparar		Signos de peligro en niñas y niños	Señales de peligro en mujer gestante	El auxiliar de enfermería remitió a la niña, niño o mujer gestante al SGSSS para atención (SI o NO)	Temas abordados en la visita de seguimiento	Compromisos para la próxima visita	Firma de la madre, padre o cuidador
	Día	Mes	Año		Número en centímetros	Nivel del riesgo: Rojo	Amarillo	Verde	Edema	Marasmo	No (#) tomas/día formulados por el nutricionista	No (#) sobres entregados durante 30 días	No (#) sobres consumidos de los entregados en 30 días	Tolerancia al alimento listo para el consumo (SI/No)	Se entrega (SI, NO)	¿Cuánto dura la ración? (número de días)	En caso de presentar uno o más indique ¿cuál(es)? Respiración rápida y agitada, diarrea, heces con sangre y moco, vómito, boca seca, ojos hundidos, inapetencia, no se despierta, fiebre, convulsiones, otros	En caso de presentar uno o más indique ¿cuál(es)? Dolor de cabeza intenso, fiebre, vómito continuo, hinchazón de manos, cara y piernas, sangrado, ardor al orinar, el bebé no se mueve, otros				
Fecha ingreso																						
Atención	30	1	23	21	13.1	NA	NA	NA	NO	NO	NA	NA	NA	NA	SI	28	NA	Ninguno	NO	Consumo adecuado de la RFPP	Almacenar adecuadamente los alimentos	Ruben
Fecha seguimiento																						
	08	02	23	21	25.1	NA	NA	NA	NO	NO	NA	NA	NA	NA	NO	NA	NA	Ninguno	NO	Fortalecer los espacios protectores.	Realizar los controles prenatales	Yorpelys
	15	02	23	21	25.1	na	na	no	no	no	na	na	na	na	SI	28	na	ninguno	no	Consejería de la RFPP	consumo adecuado y distribución de la RFPP	
	14	03	23	21	25.1	na	na	na	no	no	na	na	na	na	SI	28	na	ninguno	no	signos clínicos durante el embarazo	consumo adecuado de alimentos leguminosos	Yorpelys
	27	03	23	21	25.1	na	na	na	no	no	na	na	na	na	no	na	na	ninguno	no	consumo adecuado del agua	Almacenamiento adecuado del agua	Yorpelys
	10	04	23	21	25.2	na	na	na	no	no	na	na	na	na	no	na	na	ninguno	no	Realizar habitos de higiene con el kit de	Uso adecuado del kit de Aseo.	Yorpelys
	26	04	23	21	25.	na	na	na	no	no	na	na	na	na	SI	28	na	ninguno	no	Entorno seguro y saludable	Fortalecer los espacios protectores	Yorpelys.
Fecha egreso																						

Nombre completo del Gestor Comunitario Clara Marcela Seina C.C. 42548573 Firma: Marcela Seina.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

Nombre del usuario Jorgelys Estefani Vallejo Cordero
No identificación del usuario 30
Afiliación al SGSSS SI ___ **NO** X **EPS:** ___
Fecha de nacimiento DD-MM-AA 05-06-2001

Barrio o vereda de residencia Porvenir bajo
Dirección de residencia Casco urbano
Nombre de madre, padre o cuidador Ruben D. Santana **Edad** 27
Número de integrantes del hogar 2

Agua para consumo Hervida __ Filtrada X Sin tratamiento __
Recibe Lactancia Materna Si ___ No ___ No Aplica X
Usa Biberón: Si ___ No ___ No Aplica: X
Recibe otros alimentos diferentes a leche materna: Si __ No __ No Aplica: X

	Fecha			Edad	Circunferencia Media de Brazo				Signos de desnutrición (SI, No, NA)		Alimento Listo para el Consumo				Ración Familiar para Preparar		Signos de peligro en niñas y niños	Señales de peligro en mujer gestante	El auxiliar de enfermería remitió a la niña, niño o mujer gestante al SGSSS para atención (SI o NO)	Temas abordados en la visita de seguimiento	Compromisos para la próxima visita	Firma de la madre, padre o cuidador
					Número en centímetros	Nivel del riesgo																
	Día	Mes	Año			Rojo	Amarillo	Verde	Edema	Marasmo	No (#) tomas/día formulados por el nutricionista	No (#) sobres entregados durante 30 días	No (#) sobres consumidos de los entregados en 30 días	Tolerancia al alimento listo para el consumo (SI/No)	Se entrega (SI, NO)	¿Cuánto dura la ración? (número de días)	En caso de presentar uno o más indique ¿cuál(es)? Respiración rápida y agitada, diarrea, heces con sangre y moco, vómito, boca seca, ojos hundidos, inapetencia, no se despierta, fiebre, convulsiones, otros	En caso de presentar uno o más indique ¿cuál(es)? Dolor de cabeza intenso, fiebre, vómito continuo, hinchazón de manos, cara y piernas, sangrado, ardor al orinar, el bebé no se mueve, otros				
Atención	Fecha ingreso																					
	Fecha seguimiento																					
	10	05	23	21	24.8	NA	NA	NA	NO	NO	NA	NA	NA	NA	NO	NA	NA	Ninguno	NO	Actualizar CyD	Consumo de frutas y verduras	Yorgelys
	25	05	23	21	24.8	NA	NA	NA	NO	NO	NA	NA	NO	NA	SI	28	NA	Ninguno	NO	Aumentar el consumo de alimentos proteicos	Almacenar adecuadamente la R+PP.	Yorgelys
	01	06	23	21	NO	NA	NA	NA	NO	NO	NA	NA	NA	NA	NO	NA	NA	Ninguno	NO	Seguimiento	No se encontro en la vivienda	Yorgelys
	05	06	23	22	NO	NA	NA	NA	NO	NO	NA	NA	NA	NA	NO	NA	NA	Ninguno	NO	Seguimiento	No se encontro en la vivienda	Yorgelys
	16	06	23	22	NO	NA	NA	NA	NO	NO	NA	NA	NA	NA	NO	NA	NA	Ninguno	NO	Acompañamiento	se le brindo orientacion sobre cuidados.	Yorgelys
	Fecha egreso																					

Nombre completo del Gestor Comunitario Clara Marcela Serna Hernandez **c.c.** 42548593 **Firma:**

Powered by CamScanner

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
08-02-23	Seguimiento	Gestante quese encuentra Gren de salud se le orienta realizar los controles prenatales mensual. como tambien el fortalecimiento de los espacios protectores	
15-02-23	Seguimiento.	Mujer Gestante que presenta dolor de cabeza, la nutricionista y el auxiliar de enfermeria le realizan el acompañamiento en el hospital pero le dan salida ya que el medico de turno manifesta que se encuentra Gren de salud.	
14-03-23	Seguimiento y atención sobre los signos clinicos durante el embarazo	Durante la atención se realiza la sensibilización sobre los signos clinicos durante el embarazo. Posteriormente se realiza la orientación de la distribución ejemplar encuanto al consumo de alimentos de la RPP.	
17-03-23	Seguimiento	Se le hace entrega a la mujer Gestante de 6 bolsas de agua y se le orienta realizar el consumo adecuado del producto al terminar debera devolver las bolsas vacias, como tambien el uso debido del hidratado.	

Nombre persona que diligencia: Yorela Serna.

Cargo: Gestor. C.

Firma persona que diligencia:

Tarjeta profesional, si aplica:

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

6. SEGUIMIENTO FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

6.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Al frente de cada atención, columna FACTOR, registre **P** si es un factor Protector o **R** si es de riesgo o **NA** si no aplica

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
1004-23	Seguimiento y valoracion de medidas antropometricas	Durante la atencion se realiza la sensibilizacion por el equipo interdisciplinario sobre el derecho a la alimentacion, ya que es importante el consumo de alimentos proteicos que le brinden colores y demas etc.	
26-04-23	Seguimiento	En la visita realizada se encuentra la vivienda sin la practica de habitos de higiene sin embargo se le orienta a la madre fortalecer y mantener el entorno seguro y saludable para el crecimiento y desarrollo del bebe en su gestacion en un ambiente feliz.	
10 05-23	Seguimiento	Se le orienta a la mujer gestante que realice los controles prenatales puntuales para prevenir cualquier sintoma o estado del bebe.	
25.05-23		Se le orienta consumir mucha fruta y verduras Durante la visita se evidencia que la mujer gestante se encuentra consumiendo Frutas y verduras de la cosecha de la región, Se le orienta acudir e informar al hospital	

Nombre persona que diligencia: Marcela Serna

Cargo: Gestor C

Firma persona que diligencia:

Tarjeta profesional, si aplica:

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

6. SEGUIMIENTO FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

6.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Al frente de cada atención, columna FACTOR, registre **P** si es un factor Protector o **R** si es de riesgo o **NA** si no aplica

Powered by CamScanner

5. SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS O GESTIONES REALIZADAS

Nombre beneficiario/a: Jorgelys E. Vallejo Cordero | Documento de identidad: SD.

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
		si llega a presentar algun signo de peligro en la mujer Gestante de manera inmediata y al gestor o al equipo interdisciplinario de la modalidad mil dras. La mujer Gestante refiere que no presenta ningun sintomo o senales de peligro, sin embargo se le orienta realizar los cuidados prontorios para prevenir cualquier enfermedad. Posteriormente se le brinda felicitaciones ya que en dias anteriores se le habia dejado compromiso para realizar el adecuado almacenamiento de la RSPP y se encontro en un espacio adecuado asi como se le habia indicado.	ejemplos

Nombre persona que diligencia: Marcela Jerna | Firma persona que diligencia:

Cargo: Gestora Comunitaria | Tarjeta profesional, si aplica:

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

5. SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS O GESTIONES REALIZADAS

Nombre beneficiario/a: | Documento de identidad: C20E03B77B2640188

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
01-06-23	visita de seguimiento	se realiza el seguimiento a la vivienda de la beneficiaria en el barrio porvenir bajo o 25 de julio, pero la vivienda se encuentra cerrada.	Marcela Serna
05.06.23	seguimiento	visita a la vivienda de la beneficiaira pero continua cerrado, se indaga a los vecinos pero ellos no saben o no tienen conocimiento de los vecinos que viven en la vivienda, no se logro la ubicación de la beneficiaira	Marcela Serna
10-06-23	seguimiento	visita domiciliaria, pero la vivienda continua cerrada, indago a un vecino y el señor me informa que la vivienda esta desocupada pero el señor tiene el numero de un familiar de los que estaban viviendo en esa vivienda, nescomunico y el señor no informa que ellos vivian cuadras abajo y me comenta que la señora Jorgelys Vallejo perdio el bebe. por la hora no se realizo el mismo dia la visita ya que estaba un poco tarde 2:00pm	
17-06-23	seguimiento y acompañamiento	visita al hogar de la señora Jorgelys Estefani vallejo cordero, de acuerdo a las indicaciones suministradas por un familiar de la beneficiaria se logro ubicar la vivienda. Al llegar a la vivienda la señora Jorgelys se sorprende	Jorgelys

Nombre persona que diligencia: Marcela Serna | Firma persona que diligencia:

Cargo: Gestora Comunitaria | Tarjeta profesional, si aplica:

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
		ya que se encontraba muy triste por la perdida de su bebe, sin embargo se le aclara que no lo se le esta realizando el acompañamiento y si se encuentra dispuesta a relatar lo que sucedio sobre el suceso de la perdida de la bebe, la señora, manifiesta que se encuentra delicado pero si relatara sobre el caso se le orienta a la señora Jorgelys Vallejo realizar los cuidados pricisitarios y suministro de alimentos proteicos para manter el estado adecuado; De igual manera se le informa que los profesionales se encuentro de comision en la parte rural pero una vez retornen realizaran el acompañamiento. Postcriamente la señora Jorgelys E. Vallejo Cordero, manifiesta que el dia 28 de mayo 2023 inicio lubricando luego aumento el liquido a las 9:00pm pero al amanecer el dia lunes 29 de mayo a las 8:00am acudio al hospital por urgencias donde fue atendida y dejada hospitalizada, le realizaron diferentes examenes para determinar alguna patologia, horas mas tarde los medicos le informaron que tenia una ruptura de	

Nombre persona que diligencia: Marleth Serna

Cargo: Gestor Comunitario

Firma persona que diligencia:

Tarjeta profesional, si aplica:

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

6. SEGUIMIENTO FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

6.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Al frente de cada atención, columna FACTOR, registre **P** si es un factor Protector o **R** si es de riesgo o **NA** si no aplica

Powered by CamScanner

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
		membrana, luego le realizaron el monitoreo y la ecografia, la madre refiere que aun la bebe se encontraba vivo y escuchaba el corazón. El dra miercoles empezó atenti los contracciones, el jueves todo el dia, igualmente le realizaron la ecografia y monitoreo, pero el dra viernes a las 9:00am cuando le realizaron la ultima valoracion o monitoreo ya no se escucho elcorazón y llamaron al ginecologo para realizar la ecografía para la bebe ya estaba muerta, al mismo le informaron a la señora que le suministraron pastes para expulsar a la bebe. La señora estuvo todo el dia viernes y parte de la noche ya que entrando el dra sabado 3 de junio 2023 a las 4:00am tuvo el parto normal, la bebé nacio completa manifiesta la señora Jorgelys E. Vallejo. El dra lunes le entregaron el cadaver a las 9:00am, tambien le dieron salida ala señora Jorgelys E. Vallejo, realizaron el entierro a las 3:00pm. Tambien manifiesta que la psicologa del hospital le realizó el acompañamiento el dra sábado; Como tambien la abogada de puntos de Atencion y Orientacion a poblacion proveniente de venezuela se encuentre gestionando la historia clinica	

Nombre persona que diligencia: Cargo:	Firma persona que diligencia: Tarjeta profesional, si aplica:

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

6. SEGUIMIENTO FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO
6.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN Al frente de cada atención, columna FACTOR, registre **P** si es un factor Protector o **R** si es de riesgo o **NA** si no aplica

Powered by CamScanner

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA
		49 que en el momento dela salida el hospital no le suministro la historia clínica.	

Nombre persona que diligencia: Marcela Serna

Cargo: Gestor C.

Firma persona que diligencia:

Tarjeta profesional, si aplica:

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

6. SEGUIMIENTO FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

6.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Al frente de cada atención, columna FACTOR, registre **P** si es un factor Protector o **R** si es de riesgo o **NA** si no aplica

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

FECHA	TEMA ABORDADO O ACCIONES REALIZADAS	SEGUIMIENTO	NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA

Nombre persona que diligencia: Cargo:	Firma persona que diligencia: Tarjeta profesional, si aplica:

Imprimir uno (por ambas caras) por profesional del equipo de atención, disponer de los formatos que se requieran para llevar el respectivo seguimiento durante todo el proceso de atención

6. SEGUIMIENTO FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

6.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Al frente de cada atención, columna FACTOR, registre P si es un factor Protector o R si es de riesgo o NA si no aplica

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO SEGUIMIENTO ESTADO DE SALUD	F10.MO7.PP	20/04/2018
		Versión 3	Página 1 de 6

Nombre del usuario: Jorgelys E. Vallejo cordero	Tipo y número documento de identidad: SD
Nombre de madre, padre o acudiente: Ruben Dario Sandana	Tipo y número documento de identidad: 1019109000
Dirección: porvenir bajo	Número telefónico: 3214853304
Regional Goajira	Entidad Administradora de Servicio NV3
Clasificación nutricional (diligenciar previamente con datos reportados por el profesional en Nutrición) BPE6	Semana de gestación: 16

1. INGRESO

1.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE SALUD: Al frente de cada atención, registre **SI (factores protectores), NO (factores de riesgo) O NA (no aplica)**

NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES GESTANTES

ATENCIONES	FACTOR	ESTABLECIMIENTO COMPROMISOS Establecer con la familia compromisos solamente para las atenciones indicadas con NO, (Factores de riego)	SEGUIMIENTO A COMPROMISOS Diligenciar durante el proceso de atención, reportando solamente los compromisos cumplidos, reportar la fecha en la cual se evidenció cumplimiento
			FECHA
1. Cuentan con afiliación al SGSSS	NO	Tramite a la seguridad social	
2. Cuenta con esquema de vacunación al día	NO	Actualizar las vacunas	
3. Cuenta con valoración y controles en salud oral	SI		
4. Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia	SI		
5. Mujer gestante: asiste a ccontroles prenatales	SI		
6. Mujer gestante: cuenta con suministro de micronutrientes Hierro, Ácido fólico y calcio y los consume	SI		
7. Mujer gestante: se ha realizado exámenes médicos recomendados para mujeres gestantes	SI		
8. Mujer gestante: reconoce las señales de peligro durante el embarazo	SI		
9. Con su pareja tienen acordado método de planificación para después de que nazca la niña o niño	SI		
10. Identifican signos de alarma de enfermedades prevalentes de la primera infancia (que ponen en peligro de muerte a niñas y niños)	SI		
11. En niñas y menores de un mes se realizó valoración médica	na		
12. Las niñas y niños cuentan con controles de crecimiento y desarrollo	na		
13. La niña o niños recibe suplementación (vitamina A, Zinc, Hierro)	na		

Presenta una patología asociada identificada por el SGSSS: SI __ NO X Cuál: _____	Recibe medicamentos formulados por el SGSSS para alguna patología: SI ___ NO X Cuál: _____	EAPB: _____ IPS: _____
El usuario fue remitido a SGSSS SI __ NO X Por qué:		

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

1.2 Señales de peligro en la gestación (AIEPI) (Si la mujer gestante presenta alguna señal de peligro registre x			
Vómito continuo		Dolor de cabeza	
Fiebre		Dolor en boca del estómago	
Ardor al orinar		Sangrado	
Cara, manos o pies hinchados		Disminución de los movimientos fetales	

2 SEGUIMIENTO REMISIÓN SGSSS

Diligenciar si durante la atención en la modalidad el usuario es remitido a atención a Salud

Fecha de remisión DD/MM/AA	Entidad de Salud a la cual fue remitido _____	Fue atendido SI __ NO __	Fecha en que fue atendido DD/MM/AA
Motivo de remisión		Requirió hospitalización SI ___ NO ___ Fecha de ingreso _____ Fecha de egreso _____ Falleció durante el proceso de atención en salud SI __ NO ___ Razón del fallecimiento	
Seguimiento a la atención en salud			
Nombre auxiliar de enfermería YUBY ALEXANDRA ACOSTA MEDINA		Firma auxiliar de enfermería	
Fecha de remisión DD/MM/AA	Entidad de Salud a la cual fue remitido _____	El usuario fue atendido SI __ NO __	Fecha en que fue atendido DD/MM/AA
Motivo de remisión		Requirió hospitalización SI ___ NO ___ Fecha de ingreso _____ Fecha de egreso _____ Falleció durante el proceso de atención en salud SI __ NO ___ Razón del fallecimiento	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

Seguimiento a la atención en salud

Nombre auxiliar de enfermería	Firma auxiliar de enfermería
JHON SPÉNZ	

Si el usuario es remitido más de dos oportunidades, imprimir los formatos requeridos

3. SEGUIMIENTO ESTADO DE SALUD DE LA NIÑA O NIÑO

Fecha de orientación domiciliaria DD/MM/AA	Dirección de la orientación domiciliaria

REPORTE	FECHA SEGUIMIENTO			Patología asociada identificada por el SGSSS	Recibe medicamentos formulados por el SGSSS para alguna patología	Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia	Suplementación			Desparasitación en mayores 12 meses SI / NO	Vacunación completa de acuerdo a la edad SI / NO	Asiste a Crecimiento y Desarrollo SI / NO	Signos de peligro (AIEPI) (Señale con una x)				Signos de desnutrición					
	Día	Mes	Año				Vitamina A	Zinc	Hierro				Vómito	Diarrea	No se mueve normalmente	Orina poco	Respiración rápida y agitada y con ruidos	Heces con sangre y moco	Boca seca	No come / No mama	Edema	Marasmo
SEGUIMIENTO MENSUAL																						

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO SEGUIMIENTO ESTADO DE SALUD	F10.MO7.PP	20/04/2018
		Versión 3	Página 4 de 6

EGRESO																					

3. SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD MUJER GESTANTE

REPORTE	FECHA SEGUIMIENTO			Patología asociada identificada por el SGSSS	Recibe Medicamentos formulados por el SGSSS para alguna patología	Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia	Suplementación			Control Prenatal SI / NO	Vacunación completa SI - NO	Exámenes médicos recomendados para mujeres gestantes SI / NO	Valoración salud oral	Acuerdo de método de planificación	Embarazo de alto riesgo	Señales de peligro (AIEPI) (Señale con x)							
	Día	Mes	Año				Hierro	Ácido fólico	Calcio							Vomito continuo	dolor de cabeza	Fiebre	Dolor en boca del estómago	Ardor al orinar	Sangrado	Cara, manos y/o pies hinchados	Disminución de los movimientos fetales
SEGUIMIENTO	15	02	23	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	14	03	23	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
	10	04	23	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	19	05	23	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Powered by CamScanner

EGRESO																							

4. ORIENTACIÓN DOMICILIARIA –SALUD

Fecha de orientación domiciliaria:	Dirección de la orientación domiciliaria

4.1 Establecimiento de nuevos compromisos por presentarse nuevos factores de riesgo o por no mantenimiento de un compromiso cumplido

FECHA DE ACUERDO NUEVO COMPROMISO	REGISTRAR UNA X EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA		NUEVO COMPROMISO	SEGUIMIENTO A COMPROMISOS Diligenciar durante el proceso de atención, reportando solamente los compromisos cumplidos, reportar la fecha en la cual se evidenció cumplimiento
	Compromiso cumplido que no se mantuvo	Compromiso por nuevo factor de riesgo		FECHA
15/02/23			Realizar Tramite de afiliación a EPS.	

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO SEGUIMIENTO ESTADO DE SALUD	F10.MO7.PP	20/04/2018
		Versión 3	Página 6 de 6

4.3 SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS

FECHA DD/MM/AA	TEMA ABORDADO	SEGUIMIENTO	NOMBRE DE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE (EN CASO DE NIÑA O NIÑO- NOMBRE Y HUELLA)
15/2/23	Seguimiento.	Se realiza seguimiento a la beneficiaria, gestante donde se encuentra en buenas condiciones generales, al indagar si a presentado algun sintoma o signo de peligro refiere que no, se orienta en la importancia de iniciar control prenatal.	
14/03/23	signos clinicos de alarma durante el embarazo.	se realiza visita de seguimiento al beneficiario donde se encuentre en buenas condiciones generales, manifiesta que no a presentado problemas de salud, a la toma de medidas antropometricas realizado por la nutricionista de la modalidad se evidencia una ganancia de peso de 563 gr, Se da charla sobre signos clinicos de alarma durante el embarazo	
10/4/23	Derecho a la salud.	Se realiza visita de seguimiento a la beneficiaria encontrandola en buenas condiciones generales de salud, no refiere complicaciones de salud, a la toma de medidas antropometricas realizado por la nutricionista de la modalidad se evidencia la ganancia de peso de 690 gr, Se da charla de Derecho a la Salud.	

Nombre auxiliar de enfermeria YUBY ALEXANDRA ACOSTA MEDINA	Firma auxiliar de enfermeria

Powered by CamScanner

4.3 SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS

FECHA DD/MM/AA	TEMA ABORDADO	SEGUIMIENTO	NOMBRE DE MUJER GESTANTE O PERSON RESPONSABLE (EN CASO DE NIÑA O NIÑO- NOMBRE Y HUELLA)
19/5/23	L.M. Baja producción de leche Materna.	Se realiza seguimiento a la beneficiaria gestante, la cual se observa en buenas condiciones generales, se indaga si a presentado algun signo o síntoma de alarma durante el embarazo, a lo cual niega, se informa que se presenta Cefalea continua, dolor pelvico, salida de Sangre, o liquido, edema en manos y pies, acudir inmediatamente al centro hospitalario, se da charla en Baja producción de leche materna".	

Nombre auxiliar de enfermeria	Firma auxiliar de enfermeria
JHON SÁENZ	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	MODALIDAD 1000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO CONTRATO 066 DE 2022	nu3 alimenta cuerpo y alma

Inirida, 14 de Marzo de 2023.

Acta de Acompañamiento.

Se realiza acompañamiento a la usuaria del programa 1000 Dias para cambiar el mundo, señora, JORGELYS ESTEFANI VALLEJO CORDERO, gestante con 22 semanas de edad gestacional, se observa palida, conjuntivas ictericas, usuaria manifiesta Cefalea intensa, debilidad, nauseas, picos febriles no cuantificados, niega deposiciones diarreicas, se acompaña al servicio de urgencias, donde nos manifiestan que no puede ser atendida por la sintomatologia presentada por que al parecer puede ser Malaria, nos indican que nos dirijamos a la oficina del Punto gratuito de Diagnostico de Malaria, donde la enfermera carmelina le toma prueba rapida para malaria con resultado Negativo.
De vuelta al servicio de urgencias, le abren H.C de urgencias donde es atendida por el Jefe Adrian encargado del triaje, queda paciente en servicio de urgencias para ser valorada por Medicina General.

Jhon Jairo Suarez R.
Aux. Enfermeria 1000 Dias.

Jorgelys Estefani Vallejo
usuaria.

Ruben Santana.
cc. 1.019.109.000
Esposo.

Powered by CamScanner

DANE

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

La salud es de todos

CONFIDENCIAL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 81625188 - 0

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Departamento: Guainia
Municipio: Inirida

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
X Cabecera municipal
Centro poblado
Rural disperso
Inspección, corregimiento o caserío

TIPO DE DEFUNCIÓN
Fetal
No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
2023 Año
06 Mes
03 Día

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
04 Hora 45 Minutos
Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO
Masculino
X Femenino
Indeterminado

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
Primer apellido: Vallejo
Segundo apellido: Duran *
Primer nombre: Hija de Jorgelys
Segundo nombre: Estefani

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
Registro civil — Tarjeta de identidad — Cédula de ciudadanía — Sin información
X Cédula de extranjería — Pasaporte — Otro ¿Cuál?

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
Veno2092 .

PROBABLE MANERA DE MUERTE
X Natural — Accidente
Violenta
En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO
X 1 Indígena
¿A cuál pueblo indígena pertenece? Yeral
2 Gitano(a) o Rrom
3 Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
4 Palenquero(a) de San Basilio
5 Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
6 No pertenece a ninguno de los anteriores

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Primer apellido: Charris
Segundo apellido: Bolaño
Primer nombre: Maria
Segundo nombre: Jose

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
X Cédula de ciudadanía
Cédula de extranjería
Pasaporte

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
1047348485

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
X Médico
Auxiliar de enfermería
Enfermero(a)
Promotor(a) de salud

REGISTRO PROFESIONAL
1047348485 .

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Departamento: Guainia
Municipio: Inirida
2023 Año 06 Mes 03 Día

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Nombre: Maria Jose Charris Bolaño

* Se corrige apellido: Carlet

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER	CODIGO MI-SAS-F
PROCESOS ASISTENCIALES	VERSION 1.0
FORMATO ENTREGA DE CADAVER	FECHA 1-06-2023

LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER – HACE ENTREGA DEL CADAVER RELACIONADO A CONTINUACION

FECHA	CADAVER	DOCUMENTO DE ID			
		RC	TI	CC	CE
3 de Junio de 2023	Angeli Valeria Cerdeto	NO	Vale de OZ		

DATOS DEL FAMILIAR O PERSONA RESPONSABLE DEL CADAVER

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	No DE IDENTIFICACION
Julian Dario Cortez Montaño	Padre	1.019.100.000

DECLARACION

Por medio de la presente se hace constar la entrega del cadaver antes mencionado a sus respectivos familiares o persona responsable a quien ademas se le hace entrega de epicrisis y certificado de defuncion.

Dada en Inirida, capital del departamento de Guainia a los 3 (dias) del mes de Junio de 2023.

FIRMA FUNCIONARIO ENTREGA: Carlos Gonzalez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: HUELLA
CARGO:

FIRMA DEL LA PERSONA QUE RECIBE:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 1.019.109.000.
PARENTESCO:

Plasmar huella en caso de no saber firmar

OBSERVACION:

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	MODALIDAD 1000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO CONTRATO 066 DE 2022	nu3 alimenta cuerpo y alma

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ

Hora: 9:00am	**FECHA:** 17 de junio 2023
Lugar:	Vivienda Beneficiaria Jorgelys E Vallejo Cordero
Dependencia que convoca:	Equipo Interdisciplinario Modalidad Mil dias para Cambiar el mundo.
Proceso:	Acompañamiento
Objetivo:	visita de Seguimiento

Agenda:

1. Saludo
2. Desarrollo del encuentro
3. Cierre.

Desarrollo:

1. Saludo

Siendo las 9:00am del dia 17 de Junio del presente año, se realizó la visita en la vivienda dela beneficiaria Jorgelys Estefani Vallejo Cordero; quien Nacio en el Municipio de San Fernando de Atabapo del estado Amazonas, Cuenta con partida de Nacimiento acta Nº 345, tiene 22 años de edad. Vive con el conyugue el señor Ruben Darro Santana Montenegro identificado con cédula de ciudadanía Nº 1019109000 de Bogota D.C.

Posteriormente el dia 01 de junio 2023 a las 4:30pm, la Gestora Comunitaria Clara Marcela Serna, Modalidad Mil dias para Cambiar el Mundo, realizó la visita a la vivienda de la beneficiaria mencionada anteriormente pero la casa se encontraba cerrada y no contaba con un número de celular para realizar la llamada por tal motivo la gestora Comunitaria no tuvo acercamiento.

El dia 05 de junio a las 4:00pm del presente año, nuevamente la gestera Comunitaria Clara Marcela serna, realizó la visita a la vivienda pero continuaba cerrada, se indaga a los vecinos del secter Porvenir bajo, pero no se obtiene una respuesta positiva.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

MODALIDAD
1000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO
CONTRATO 066 DE 2022

nu3 alimenta cuerpo y alma

Nuevamente el dia 16 de junio 2023, la Gestora Comunitaria Clara Marcela Serna, realiza la visita domiciliarra, la vivienda continua cerrada y por medio de los vecinos del secter, le suministran un numero de celular; se realiza la llamada al número suministrado contesta un señor manifestando que es el tio de la beneficiaria, el señor refiere que la señora Jorgelys E. Vallejo Cordero se mudaron a otra vivienda, una cuadra abajo donde residian anteriormente, refiere tambien que la beneficiaria perdio a su bebé.
De manera inmediata sele informa a la coordinadora de la modalidad a traves de una llamada telefónica del posible fallecimiento.
Se ubicó la vivienda teniendo en cuenta las indicaciones suministradas por el tio de la beneficiaria, al llegar a la vivienda la señora Jorgelys E. Vallejo se sorprende al ver a la gestora Comunitaria, de igual manera ese muy amable, a la vez triste; el dia 13 de junio 2023.
La Gestora Comunitaria muy respetuosamente le pregunta si desea atenderla y relatar lo acontecido relacionado a la perdida de su bebe, la señora refiero que se siente muy triste por la perdida de su hija y se encuentra delicada por el procedimiento que le practicaron (legrado).
La Señora Jorgelys E. Vallejo Cordero relata lo siguiente:
"yo estaba bien de salud, pero el dia domingo 28 de mayo de 2023 a las 9:00pm, empecé a botar liquido por la vajina, parecia como si estuviera orinando y asi estuve toda la noche, al dia siguiente lunes 29 de mayo 2023, a las 8:00am llegue al hospital en urgencias, me atendieron y los médicos me dijeron que era una ruptura de membrana, me dejaron hospitalizada me realizaron los examenes, yo me negue en uno donde me que querian introducir un aparato parecido a un hierro, yo tenia mucho miedo; una médico

Powered by CamScanner

que se encontraba atendiendo que se llama Maria José, no recuerdo el apellido, ella me regaño, me dijo que era mi responsabilidad si el bebé moria osi me pasaba algo ami, luego la misma doctora llama a mi marido para que firme la autorización de consentimiento informado, luego me dejé hacer todos los examenes por el Genestar de mi hija y la mia.
El dia Martes 30 de mayo 2023, me hicieron el tacto continuamente, el dia Miercoles 31 de Mayo empecé a sentir contracciones o cólicos suaves, le manifesté a los médicos ellos me dijeron que eran los dolores de parto, pero no se podia adelantar ya que el bebe no tenia los pulmones desarrollados, me inyectaron muchos medicamentos por el suero, no me acuerdo el nombre de los medicamentos, para el dia jueves los contracciones fueron mas fuertes. este mismo dia me hicieron la ecografia y la bebe se movia, estaba viva, estaba bien, yo la vi en la pantalla. Luego me hacian monitereo a cada momento.
la ultima vez que escuche el corazon de la bebe fue el viernes 2 de mayo 2023, me llevaron hacerme la ecografia con el ginecólogo pero la bebe ya estaba muerta; luego me dieron una pasta para expulsar a la bebé, me llegaron las contracciones fuertes y la tuve a las 4:00 pm amaneciendo el sabado 3 de junio 2023, cuando vi me dio mucha tristeza, estaba grande y blaca, no tenia malformacion como me habian dicho los médicos, fue llevada alamorgue para realizar la necropsia, me la entregaron el dia lunes 5 de junio 2023 a las 9:00am y en la tarde la enterramos como a las 3:00pm.
En medio de la situación de lo que estaba pasando me negue a dar informacion, incluso a mi familia y de ahi en adelante a todas los personas que me rodean por que me encontraba de luto con mi marido.
Hasta que mi marido le dijo a mi mamá y ami papá casi una semana despues, hasta la fecha llevo encerrada varios dias.

Powered by CamScanner

En el hospital no me entregaron la historia clinica, pero la psicologa del hospital fue el dia sábado y me hizo el acompañamiento en mi duelo por la perdida de mi hija Solo ese dia.

la abogada de Puntos de Atención y Orientación a Población proveniente de venezuela me esta cola en solicitar la historia clinica pero no ha sido posible.

Posteriormente al escuchar el testimonio de la beneficiarra se le brinda orientación en cuanto al cuidado prioritario de la salud y el consumo de alimentos proteicos para el bienestar; Como también se le hace saber que el equipo interdisciplinario de la modalidad Mil dias para cambiar el Mundo se encuentra en el momento de comision, una vez retornen a la UDS Inirida realizaran el respectivo acompañamiento.

Adicionalmente se deja consignada en la presente acta que en la revisión de la carpeta de la beneficiaria tiene ingreso del 30 de enero de 2023 con clasificacion nutricional Bajo Peso para la edad Gestacional y lo largo de cuatro seguimientos se reflejo ganancia de peso en las Siguientes fechas.

15 de febrero 2023
14 de Marzo 2023
10 de Abril 2023
19 de Mayo 2023

Asi mismo se evidencio los seguimientos de las mismas fechas de la profesional psicosocial.

Teniendo en cuenta que el ultimo seguimiento se realizo el 19 de Mayo 2023, conforme a la periodicidad que son de tipo quincenal, se tenia proyectado acercamiento a la beneficiaria para el seguimiento entre el primero y el cinco de junio 2023, en donde se registra en la carpeta por parte de la Gestora

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

MODALIDAD
1000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO
CONTRATO 066 DE 2022

nu3 alimenta cuerpo y alma

Comunitarra en el formato 7.9 de Gestores seguimientos no efectivos puesto que no fue posible ubicarla en la vivienda. Así mismo se reitera que no fue posible ubicarla en el momento con vecinos y el número de celular que registra en la carpeta se encuentra apagado; Así mismo se genero un nuevo acercamiento el dia Lunes 5 de junio 2023, con la finalidad de buscar a la beneficiaria sin exito.

Se deja la claridad que no se realizo visita el 2;3;4 de junio 2023, debido al compromiso administrativo y visita del operador NU3 por parte de la direccion operativo de la modalidad.

Finalmente el dia 16 de junio de 2023, sobre las 7:00pm ya que se puede hacer un acercamiento y ubicarla dentro del mismo sector.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

MODALIDAD
1000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO
CONTRATO 066 DE 2022

nu3 alimenta cuerpo y alma

1. COMPROMISOS

COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA
· Solicitar al hospital acompañamiento por Psicología	Coordinación · Martes.	20/06/23
· Realizar el acompañamiento por parte de Mil días	Equipo Interdisciplinario Inmediato	Inmediato
· Enviar el reporte el apoyo a la supervisión	Coordinación Inmediato	Inmediato

2. ASISTENCIA

NOMBRE	CARGO	FIRMA	TELEFONO
Cinthia Yamín Sánchez Aguirre	Coordinadora	Cinthia Sánchez A.	3166274086
Jorgelys E. Vallejo Cardero	Auxiliar de cocina		3125826703
Elena Marcela Arias	Auxiliar Administrativo		3137635073

Powered by CamScanner