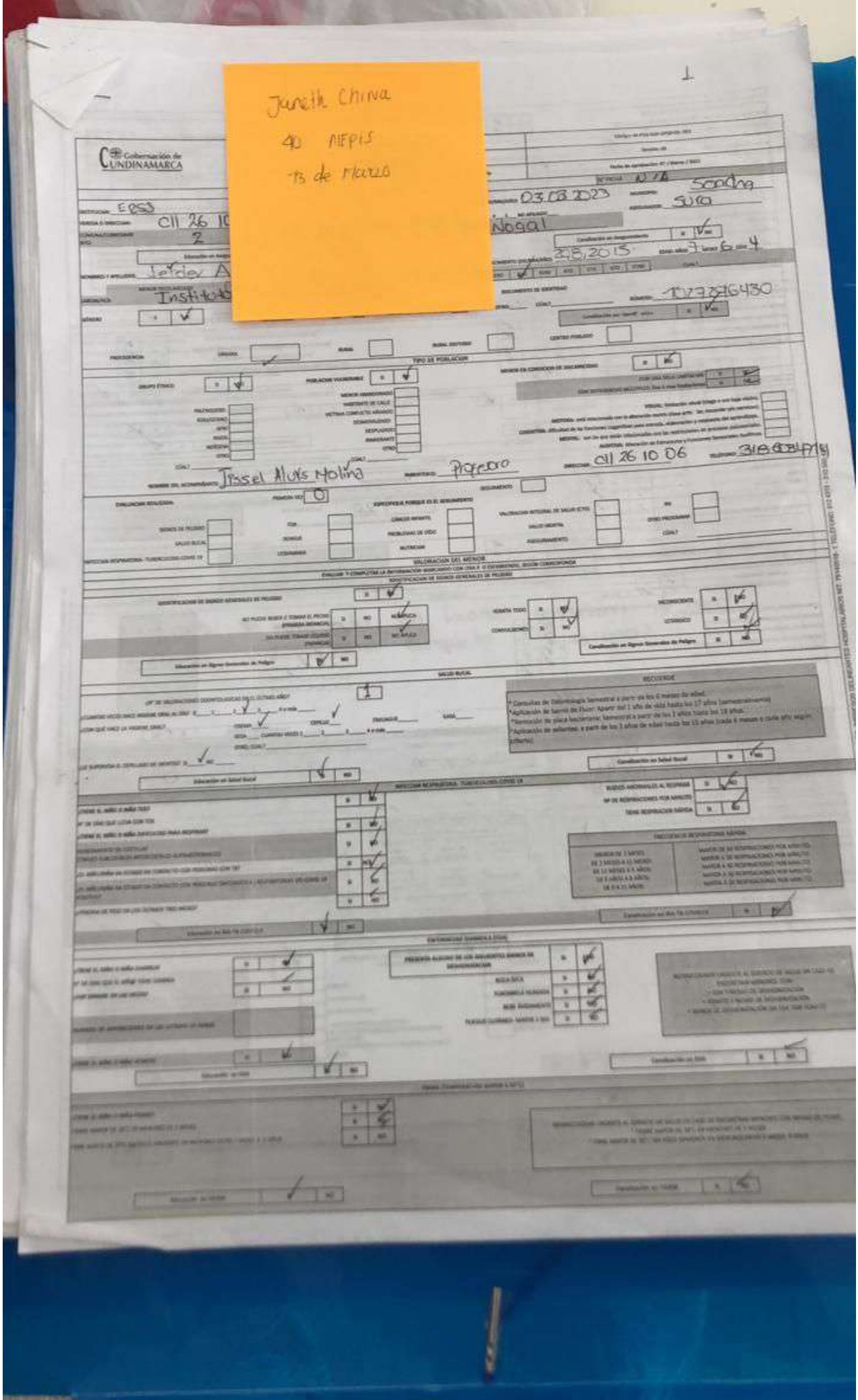

Juanita China
40 MEPIS
13 de Marzo
Gobernación de CUNDINAMARCA
EPS3
Jesse Alves Molina
Pijao
Cll 26 10 06
3186284151
03/08/2023
Sanitas
SURA
2/5/2015
1073816430
Institución Educativa
Jesse Alves Molina
Pijao
Cll 26 10 06
3186284151
VALORACIÓN DEL MENOR
SALUD BUCAL
RECUERDE
* Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Flúor: Aparir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Remoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 3 años hasta los 18 años.
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 13 años (cada 6 meses o cada año según criterio)
INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS COVID 19
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI- Comunitaria

Código: SA-PDS-GSP-AIEPI-FR-XXX

Versión: 01

Fecha de aprobación: 07 / Marzo / 2022

Nº FICHA: N/A

DATOS BÁSICOS

FECHA DILIGENCIAMIENTO: 03 08 2023

ASEGURADOR: Sparta Salud Total

IDENTIFICACIÓN: Eps5

LUGAR O DIRECCIÓN: Cll 26 10 06 2

BARRIO: El Nogal

CONTACTO/CUIDADOR:

TIPO DE USUARIO: ✓

NO ASIGNADO

Educación en Autogestión: Vs: ✓ NO

NOMBRE Y APELLIDOS: Darwin Stefan Caicedo Tinsaoca

FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA: 15/2/2013

EDAD: AÑOS 9 MESES 3 DÍAS

SEXO: M ✓ F

MENOR ESCOLARIZADO: Vs: NO: NO APLICA:

GRADO DE ESCOLARIDAD: Tercero

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO: CC ✓ TI CRC CRE PEP PPT OTRO: CUAL?

NÚMERO: 1110356360

RESIDENCIA: Instituto Joaquin Montoya

MENOR SIN IDENTIFICACIÓN: TIPO: CUAL?

Condición por Sexo: M ✓ F

PROCEDENCIA: URBANA ✓ RURAL RURAL DISPERSO CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI ✓ NO

POBLACIÓN VULNERABLE: SI ✓ NO

MENOR ABANDONADO
HABITANTE DE CALLE
VICTIMA CONFLICTO ARMADO
DESMOVILIZADO
DESPLAZADO
MARGINADO
OTRO
CUAL?

MENOR EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: SI ✓ NO

CON UNA SOLA CONDICIÓN: SI ✓ NO

CON DISTINTAS MULTIPLES: Sino y más limitaciones: SI NO

VISUAL: Ceguera total o con baja visión

MATERIAL: con reducción en la alteración motriz (Gato ello: las, miembros y/o esqueleto)

COGNITIVO: dificultad de las funciones cognitivas para aprendizaje, atención y memoria del paciente con

MENTAL: con las q no existe vinculación con las instituciones de promoción, prevención

AUDITIVA: Alteración de Conductos y Funciones Sensoriales Auditivas

PSICOSOCIAL: Alteración de Conductos y Funciones Sensoriales Auditivas

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Natalia Sanchez PARENTESCO: Profesora DIRECCIÓN: Cll 26 10 06 TELÉFONO: 312 2562986

EVALUACIÓN REALIZADA

PRIMERA VEZ: ✓ SEGUIMIENTO:

SIGNOS DE PELIGRO
SALUD BUCAL
INFECCIÓN RESPIRATORIA- TUBERCULOSIS- COVID 19

EDA
DENGUE
DESNUTRICIÓN

OPCIONES PARA EL SEGUIMIENTO

CÁNCER INFANTIL
PROBLEMAS DE OÍDO
NUTRICIÓN

VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CVS)
SALUD MENTAL
ASESORAMIENTO

VIH
ESTAS PROGRAMAS
CUAL?

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y CLASIFICAR LA RECOMENDACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO ✓

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA): SI NO ✓ NO APLICA

NO PUEDE TOMAR LÍQUIDOS (INFANCIA): SI NO NO APLICA

VOMITA TODO: SI ✓ NO

CONVULSIONES: SI ✓ NO

INCONSCIENTE: SI NO ✓

LETARGICO: SI NO ✓

Capacitación en Signos Generales de Peligro: SI NO

Educación en Signos Generales de Peligro: ✓ NO

SALUD BUCAL

Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO: 1

CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0 1 ✓ 2 3 4 o más

QUIEN QUE HACE LA HIGIENE ORAL? CEPILLO ✓ ENJUAGUE DATA

SE SUFRIDO EL CEPILLADO DE DIENTES? SI NO ✓

Educación en Salud Bucal: ✓ NO

RECUERDE

* Consulta de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de flúor desde los 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Retención de placa bacteriana Semestral a partir de los 2 años hasta los 18 años.
*Aplicación de selladores a partir de los 2 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Capacitación en Salud Bucal: SI NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) COVID 19

TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI ✓ NO

Nº DE VECES QUE LLORA CON TOS

TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

AUMENTO DE CONTEOS (TIRAJE SUBCOSTAL/INTERCOSTALES/SUPRAESTERNAL)

LOS NIÑOS/AS HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TBC

LOS NIÑOS/AS HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON SOSPECHA DE TUBERCULOSIS O CASO DE TUBERCULOSIS

PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?

RIESGO ANORMALES AL RESPIRAR: SI NO ✓

Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO

TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI NO

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 1 MES: 60 O MÁS	
DE 1 MES A 11 MESES: 50 O MÁS	
DE 12 MESES A 5 AÑOS: 40 O MÁS	
DE 1 AÑO A 4 AÑOS: 30 O MÁS	
DE 5 A 12 AÑOS:	MARCA DE 20 RESPIRACIONES POR MINUTO
	MARCA 2 RESPIRACIONES POR MINUTO
	MARCA 4 RESPIRACIONES POR MINUTO
	MARCA 6 RESPIRACIONES POR MINUTO
	MARCA 2 RESPIRACIONES POR MINUTO

Capacitación en IRA-TB-COVID19: SI NO

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI ✓ NO

Nº DE VECES QUE EL NIÑO TIENE DIARREA

HAN HABIDO SIN LAS HECES?

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI ✓ NO

BOCA SECA: SI ✓ NO
ESTÁ INTRANQUILO O IRRITABLE: SI ✓ NO
BEBE AVIDAMENTE: SI ✓ NO
PLIEGUE CUTÁNEO: MENOS 2 SEG: SI ✓ NO

RECUERDE ENVIAR INMEDIATO AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE EXISTIR MÁS DE DOS SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN:
• DOS Y MEDIO DE DESHIDRATACIÓN
• VOMITO Y MEDIO DE DESHIDRATACIÓN
• DIARREA DE DESHIDRATACIÓN EN LOS ÚLTIMOS

TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO: SI ✓ NO

Educación en EDA: ✓ NO

Capacitación en EDA: SI ✓ NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI ✓ NO

FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 2 MESES

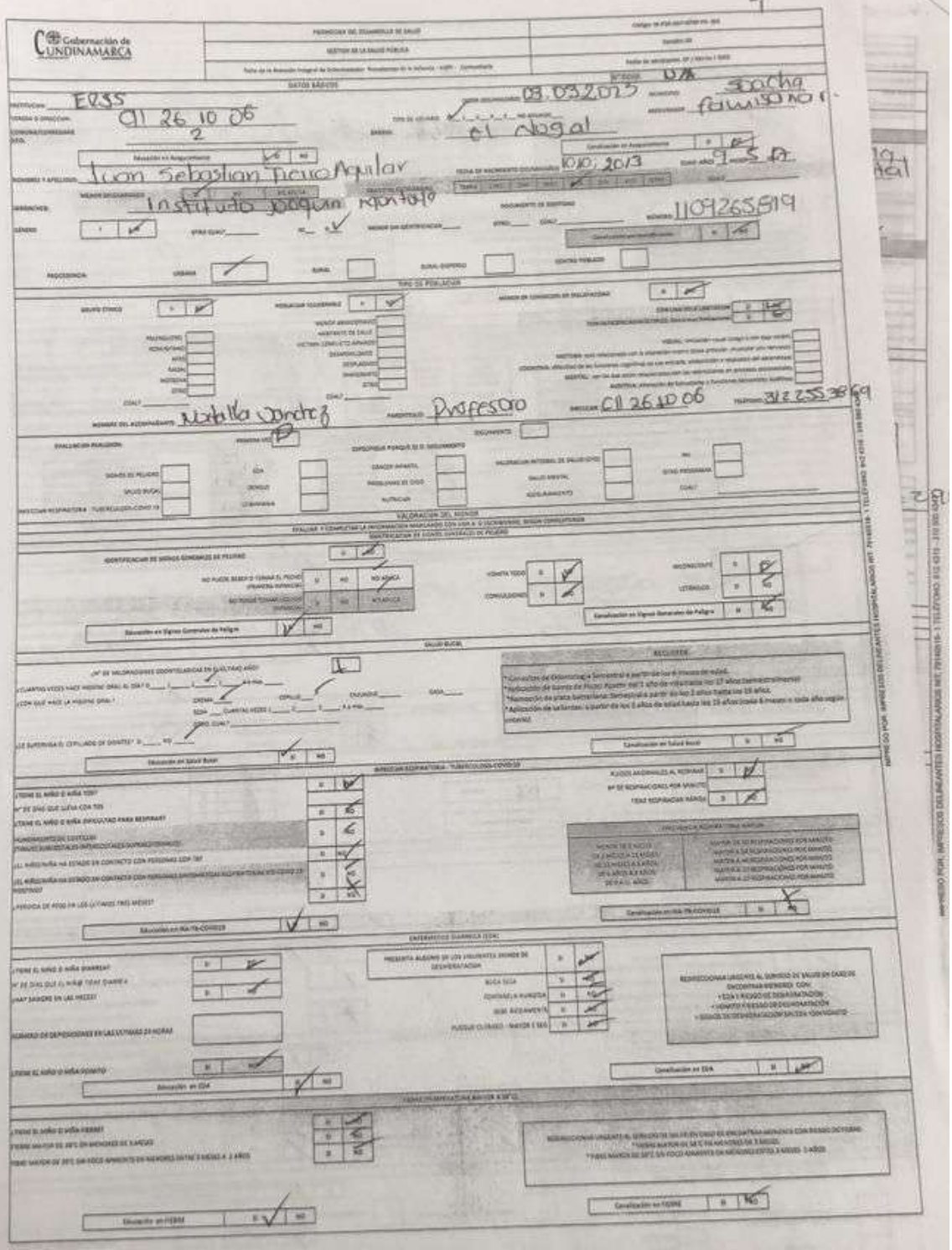
TIENE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 2 MESES QUE HACE MÁS DE 7 DÍAS Y MENOR A 1 AÑO

RECUERDE ENVIAR AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE RECIBIR MENORES CON FIEBRE DE TIPO:
• MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 2 MESES
• FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 2 MESES QUE HACE MÁS DE 7 DÍAS Y MENOR A 1 AÑO

Capacitación en FIEBRE: SI NO

Educación en FIEBRE: ✓ NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DELIMANTES HOSPITALARIOS NIT: 39440518-1 TELEFONO: 610 6315-310 780 [illegible]



Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: E035

CORREO O DIRECCIÓN: Cl 26 10 06

COMUNA/CORREGIMIENTO:

BARRIO: El Abogal

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 08/03/2023

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Sebastian Ticua Aguilar

FECHA DE NACIMIENTO: 10/10/2013

EDAD AÑOS: 9 MESES: 5

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Natalia Sanchez

PARENTESCO: Profesora

DIRECCIÓN: Cl 26 10 06

TELÉFONO: 3126255819

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI

NÚMERO: 1109265819

GÉNERO: M

PROCEDENCIA: URBANA

SUBSIDIADO

CONTRIBUTIVO

VINCULADO

ESPECIAL

NINGUNO

GRUPO ÉTNICO: NO

PERTENECE A ALGUNA COMUNIDAD INDÍGENA: NO

PERTENECE A ALGUNA COMUNIDAD NEGRA: NO

PERTENECE A ALGUNA COMUNIDAD RROM: NO

PERTENECE A ALGUNA COMUNIDAD RAIZAL: NO

PERTENECE A ALGUNA COMUNIDAD PALENQUERO: NO

PERTENECE A ALGUNA COMUNIDAD ROM: NO

PERTENECE A ALGUNA COMUNIDAD OTRO: NO

CUAL?

MIGRANTE

DESPLAZADO

DISCAPACITADO

VICTIMA CONFLICTO ARMADO

DESMOVILIZADO

OTRO

CUAL?

MEDIDA DE CORRECCIÓN EN DELINCUENCIA: NO

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: NO

VISUAL

AUDITIVA

MOTORA

COGNITIVA

MENTAL

SISTEMICA

VALORACIÓN DEL NIÑO/A

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICAR DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: NO

VOMITA TODO: NO

CONVULSIONES: NO

SOMNOLIENTO/A: NO

LETÁRGICO/A: NO

Educación en Signos Generales de Peligro: NO

Consolidación en Signos Generales de Peligro: NO

SALUD BUCAL

¿Nº DE MOLARES DEFINITIVOS CARIADOS EN EL ÚLTIMO AÑO?: 1

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA?: 0 VECES

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL?: CREMA

CEPILLO

ENJUAGUE

GASA

SEDA

CUANTAS VECES: 0

A LA VEZ

CARIO

CUAL?

LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES?: SI

NO

RECUERDE

*Consultas de Odontología + Semestral a partir de la erupción de dientes.

*Aplicación de barniz de Flúor: Aquellos del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)

*Remoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 2 años hasta los 18 años.

*Aplicación de la Sellantes: a partir de los 6 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Educación en Salud Bucal: NO

Consolidación en Salud Bucal: NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?: NO

Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS:

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?: NO

FUNCIONAMIENTO DEL CUIDADOR (DIFICULTADES SUPERIOR/DEFICIENTE):

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?: NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CONFIRMADAS RECIENTEMENTE CON COVID 19 POSITIVO?: NO

¿PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES?: NO

PUJIDO ANORMALES AL RESPIRAR: NO

Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO:

TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: NO

Educación en IRA-TB-COVID19: NO

Consolidación en IRA-TB-COVID19: NO

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?: NO

Nº DE DÍAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA:

¿HAY SANGRE EN LAS HECES?: NO

NÚMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS:

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO?: NO

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: NO

BOCA SECA: NO

CONTRACCIÓN DE LA PIEL: NO

OJOS HUNDIDOS: NO

PULSO DÉBIL - MAYOR A 120: NO

Educación en EDA: NO

Consolidación en EDA: NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

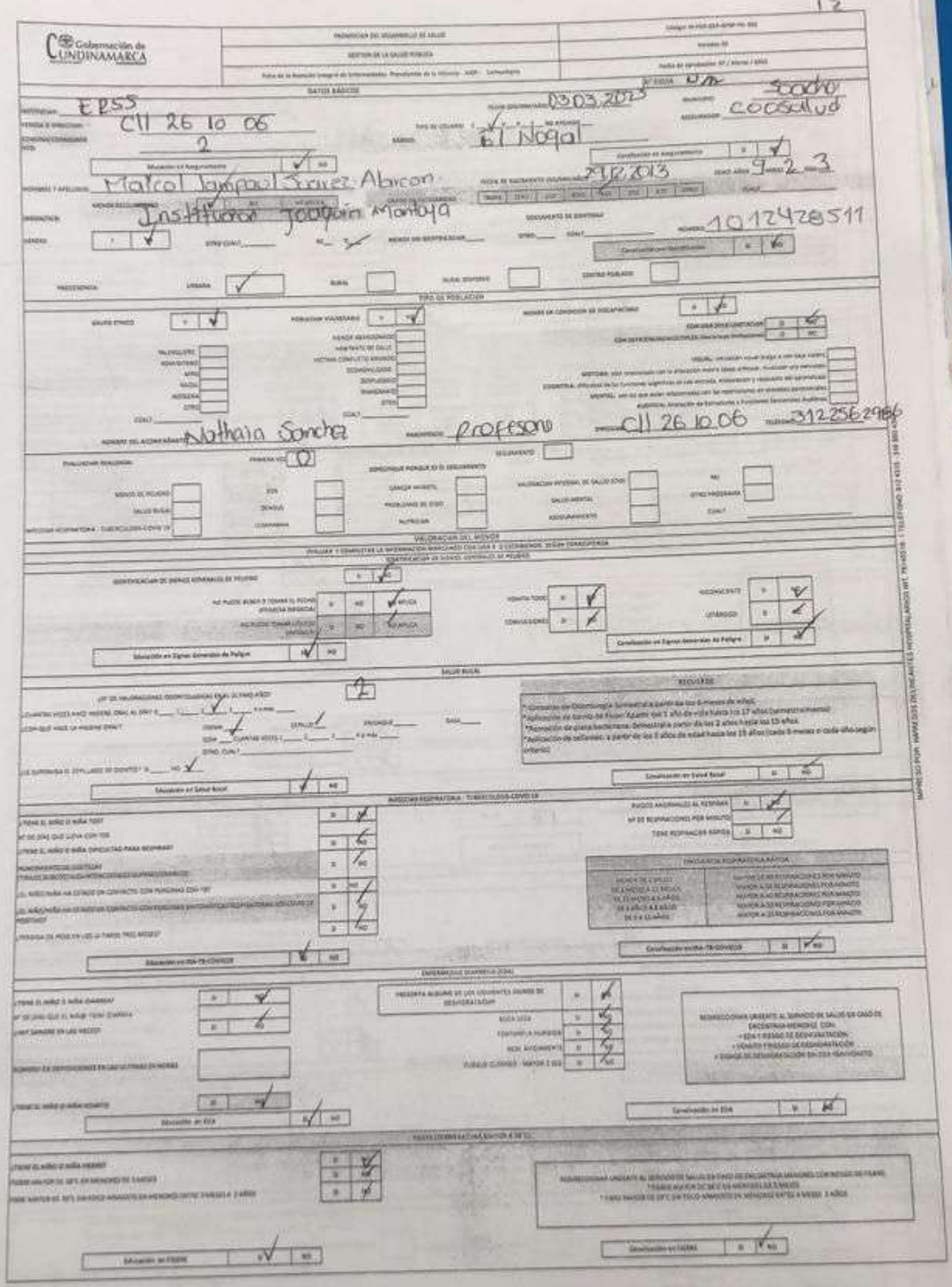
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?: NO

¿TIENE MAYOR DE 38°C EN MENOS DE 3 DÍAS?: NO

¿TIENE MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES DE 3 MESES A 2 AÑOS?: NO

Educación en FEBRE: NO

Consolidación en FEBRE: NO



Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

12

DATOS BÁSICOS

EPS5 — C11 26 10 06 — 2 — 03.03.2023 — El Nogal — Sanitas — Coosalud

Marcol Jampool Suarez Abreon — 21/2/2013 — 9 meses 2 días

Instituto Joaquin Montoya — 1012428511

Nathaly Sanchez — profesora — C11 26 10 06 — 3123562986

ENFOQUE DE POBLACIÓN

VALORACIÓN DEL MENOR

SALUD BUCAL

RECUERDE

- Consulta de Crecimiento y desarrollo a partir de los 5 meses de vida.
- Aplicación de toxoide de Fiebre Aftosa: iniciar los 1 año de vida hasta los 17 años (esquema especial)
- Prevención de placa bacterianas: Semestral a partir de los 2 años hasta los 15 años.
- Aplicación de tetravalente: a partir de los 5 años de edad hasta los 15 años (cada 5 meses o cada año según criterio)

Educación en Salud Bucal — Consulación en Salud Bucal

ANEXO CRAIN - TUBERCULOSIS-COVID 19

Educación en TBC-COVID19 — Consulación en TBC-COVID19

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Educación en EDA — Consulación en EDA

RECOMIENDE URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
- EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
- VÓMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
- SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN EN CUALQUIER CASO

ENFERMEDAD PREVALENTE INFANCIA

Educación en PREIN — Consulación en PREIN

RECUERDE CONSULTA URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE PREIN:
- MENOR DE 2 MESES Y/O MENOR DE 5 MESES
- PARA MAYOR DE 2 MESES Y/O MENORES DE 5 MESES Y 3 AÑOS

IMPRIMIR EN: PAPEL BOND TAMAÑO CARTA 215 X 315 MM 180 GRAMOS

14

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

DATOS BÁSICOS

N/A

03.03.2023

Sancha

Compensar

I 2 B

Cll 26 1006

2

El Nogal

21.4.2014

8 11 28

Juan Jose Rojas Perez

Instituto Joaquin Montoya

1032480782

TIPO DE POBLACIÓN

Nathalia Sanchez

Profesora

Cll 26 10 06

3122562986

0

VALORACIÓN DEL MENOR

2

SALUD BUCAL

RECUERDE

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

EDUCACIÓN

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

Código: 14-003-027-GPSP-FR-003
Versión: 03
Fecha de aplicación: 07 / Marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

Nº FICHA: N/A

INSTITUCIÓN: E P S S
PERSONA O DIRECCIÓN: Cll 26 10 06
CONSULTA/CORREGIMIENTO: 2
ÁREA: El Nogal
MUNICIPIO: Soacha
RESPONSABLE: compensar.

Atención en Aseguramiento: SI
NOMBRES Y APELLIDOS: Dilan Andres Monsalve Ortega
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA): 4.6.2013
EDAD: AÑOS 9 MESES 9 DÍAS 21
ESCOLARIDAD: Instituto Joaquin Monroy
SEXO: M
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NÚMERO: 1098771.052
PROCEDENCIA: URBANA ✓ RURAL RURAL DISPERSO CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: NO
POBLACIÓN VULNERABLE: NO
PERSONA EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: NO
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Nathalia Sanchez
PARENTESCO: PROFESORA
DIRECCIÓN: Cll 26 10 06
TELÉFONO: 312 256 2986

EVALUACIÓN REALIZADA: PRIMERA VEZ: SI
SIGNOS DE PELIGRO
SALUD BUCAL
INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19
DESCRIPCIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO
SEGUIMIENTO
DESCRIPCIÓN PORQUE ES EL SEGUIMIENTO
VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CVS)
SALUD MENTAL
ADECUADO
OTRO PROGRAMA
CUAL?

VALORACIÓN DEL NIÑO(A)

EVALUAR Y CLASIFICAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O EXPRESANDO SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO
PRIMERA APARICIÓN
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDOS
PRIMERA APARICIÓN
VOMITA TODO
CONVULSIONES
INCONSCIENTE
LETÁRGICO
Valoración en Signos Generales de Peligro: NO
Consultación en Signos Generales de Peligro: NO

SALUD BUCAL

Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 2
CUANTAS VECES AL DÍA? 3
CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CEPILLO
EDAD: CUANTAS VECES? 3 Y 4 o más
TIENE CARIES?
LO SUPERVISA EL CUIDADOR DE DENTRO? NO
INCLUIDO
* Consulta de Odontología Universal a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Aplicar cada año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Promoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 2 años hasta los 19 años
*Aplicación de sellantes: a partir de los 5 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)
Valoración en Salud Bucal: NO
Consultación en Salud Bucal: NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?
Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR
HUNDIMIENTO DE CONTORNO
TUBERCULOSIS CONTACTO INTRADOMICILIARIO
EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?
EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS NO CONOCIDO?
PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES?
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA
Valoración en VIAL-TB-ESTADO: NO
Consultación en VIAL-TB-ESTADO: NO

DIARREA O DESHIDRATACIÓN

TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?
Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON DIARREA
HAY SANGRE EN LAS HECES?
NÚMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO
PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN
OJOS SECA
CONTIENE LA MADRE
ESTÁ AVIDAMENTE
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG
REMITIR/CONSULTA URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE:
VACUNA/NA MENORES CON:
• ESA Y VÓMITO DE ESTO/NA TACIÓN
• VÓMITO Y EXCESO DE DESHIDRATACIÓN
• SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN ESA CON VÓMITO
Valoración en EDA: NO
Consultación en EDA: NO

FIEBRE O MALARIA O PALABRA MAYOR A 24

TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 2 AÑOS
FIEBRE MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES DE 2 AÑOS A 5 AÑOS
REMITIR/CONSULTAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE: EN LACTANTES MENORES CON RIESGO DE PESPE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 2 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES DE 2 AÑOS A 5 AÑOS
Valoración en FEBRE: NO
Consultación en FEBRE: NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DE LACTANTES HOSPITAL ARCOS 4817 TELEFONO: 812 8245 - 310 800 4847

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Código: IN-PDS-GSP-FOR-002
Versión: 03
Fecha de aplicación: 27 / Marzo / 2023

DATOS BÁSICOS

Nº FICHA: NA

FECHA DILIGENCIAMIENTO: 03 03 2023
MUNICIPIO: Soacha
SUBURBANO: Sinaí
BARRIO: el Nogal
ESTRATO: 1 2 3 4 5 6
ZONA: U R
Estudia en la jornada: SI NO
GRADO: 4° EDAD: 10 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA): 23.5.2013
EDAD: AÑOS MESES DÍAS
SEXO: F M
ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE CASADO SOLTERO VIUDO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: REGISTRO CIVIL TARJETA DE IDENTIDAD CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO: 1 168 270033
Clasificación por Nivel Educativo: SI NO
ETNIA: SI NO ¿CUÁL? MENOR SIN IDENTIFICACIÓN
PROCEDENCIA: URBANA RURAL RURAL DISPERSO CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

SALUD ÉTNICA: SI NO
POBLACIÓN VULNERABLE: SI NO
MENOR SIN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: SI NO
DISCAPACIDAD CONFIRMADA: SI NO
CON DISCAPACIDADES MÚLTIPLES: Dato a nivel Nacional
TALENTO NAL
ROM/GITANO
AFRO
RAIZAL
PALENQUERO
OTRO
¿CUÁL?
VÍCTIMA CONFLICTO ARMADO
HABITANTE DE CALLE
DESPLAZADO
DESPLAZADO
INMIGRANTE
OTRO
¿CUÁL?
VISUAL: limitación visual (ciego o con baja visión)
MOTORA: está relacionada con la afectación de uno o más miembros, alteración o ausencia del aparato locomotor
COGNITIVA: afectación de las funciones cognitivas de una persona, alteración o ausencia del aparato locomotor
MENTAL: son las que están relacionadas con las capacidades emocionales, afectivas y relacionales
AUDITIVA: disminución de funciones y funciones sensoriales auditivas
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Nathalia Sanchez PARENTESCO: Progenitora DIRECCIÓN: cl 26 D 06 TELÉFONO: 312 3562986
DESCONOCIDO

EVALUACIÓN ANUAL/ANTES
PRIMERA VEZ
ESPECIFIQUE PORQUE ES EL DESCONOCIDO
SIGNOS DE PELIGRO
SALUD BUCAL
VACUNACIÓN INCOMPLETA
SOSPECHA DE TUBERCULOSIS / COVID-19
CÁNCER INFANTIL
PROBLEMAS DE OÍDO
NUTRICIÓN
VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (VIS)
SALUD MENTAL
ADECUAMIENTO
RN
ETNIC INADECUADA
¿CUÁL?

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O DIAGNOSTICO SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PROBETA INFANCIA): SI NO NO APLICA
BEBE O TOMA LECHE MUY DESPACIO: SI NO NO APLICA
VOMITA TODO: SI NO
CONVULSIONES: SI NO
INCONSCIENTE: SI NO
LETARGICO: SI NO
Clasificación en Signos Generales de Peligro: SI NO
Educación en Signos Generales de Peligro: SI NO

SALUD BUCAL

¿Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN LA ÚLTIMO AÑO?: 1
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA?: 0 1 2 3 4 o más
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL?: CEPILLO CREMA DENTAL ENJUAGUE GASA
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI NO
¿CUANTAS VECES?: 1 2 3 4 o más
¿OTRO, CUAL?

RECUERDE
* Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
* Aplicación de barniz de flúor: Aplicar cada 1 año de vida hasta los 19 años.
* Remoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 3 años hasta los 19 años.
* Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 19 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Clasificación en Salud Bucal: SI NO
Educación en Salud Bucal: SI NO

VIGILANCIA RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?: SI NO
Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?: SI NO
¿HACINAMIENTO DE CONTAGIO (ESTADO SOSPECHOSO O CONFIRMADO)?: SI NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?: SI NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS/COVID-19 POSITIVO?: SI NO
¿PERSONA CO- TOSE EN LOS ULTIMOS TRES MESES?: SI NO
Educación en Vía TB-COVID19: SI NO

RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI NO
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI NO

TABLA FUR RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 2 MESES	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 4 AÑOS	MAYOR DE 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 5 AÑOS A 8 AÑOS	MAYOR DE 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 12 AÑOS	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Clasificación en Vía TB-COVID19: SI NO

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?: SI NO
Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?: SI NO
NÚMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO?: SI NO
PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI NO
BUCA SECA: SI NO
TOMA POCA O LA NO BEBE: SI NO
RUBO AVIDAMENTE: SI NO
PUEDE CURSAR - MAYOR 2 SEG: SI NO

REMITIR DE URGENCIA URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y ALGUNO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y SIGNO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN EN EDA Y VOMITO

Clasificación en EDA: SI NO
Educación en EDA: SI NO

CUADRO DE TEMPERATURA (MAYOR A 37.5)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?: SI NO
TIENE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 6 MESES: SI NO
TIENE MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES DE TRES 3 MESES A 2 AÑOS: SI NO

REMITIR DE URGENCIA URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE TIFIARE:
TEMPERATURA MAYOR DE 38°C SIN MEJORIA DE 3 HORAS
* TEMP. MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES DE TRES 3 MESES A 2 AÑOS

Clasificación en TIFIARE: SI NO
Educación en TIFIARE: SI NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DEL CARIBE S.A.S. NIT: 901.143.918-1 TELÉFONO: 312 610 3131 - 320 695 5144

10

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Ficha de la Estrategia Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

Código: FI-PSA-GSP-SPAI-VR-003

Versión: 03

Fecha de aplicación: 01 / febrero / 2022

DATOS BÁSICOS

Nº FICHA: D/A

INSTITUCIÓN: ERSS

FECHA DILIGENCIACIÓN: 30/07/2023

MUNICIPIO: Soacha

VEREDA O DIRECCIÓN: Cll 26 10 06

TIPO DE USUARIO: 1 2 3 4 5 6 NO APLICA

ASEGURADOR: Salud total

CONCHA ACÚSTICA/CORREGIMIENTO: Instituto Joaquin Montoya

BARRIO: El Nogal

Educación en Autocuidado: SI / NO

Canalización en Autocuidado: SI / NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Gabriela López Alvarez

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA): 3.9.2013

EDAD: AÑOS 9 MESES 6 DÍAS 2

MENOR DE 5 AÑOS: SI / NO / NO APLICA

GRADO DE ESCOLARIDAD: 1RA 2DO 3RO 4TO / 5TO 6TO 7MO

JORNADA: Instituto Joaquin Montoya

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO: F / M

TIPO: CC / TI / RC / NUMERO: 1127109726 431

MENOR SIN IDENTIFICACIÓN: APNN / CUM?

Canalización por AIEPI: SI / NO

PROCEDENCIA: URBANA / RURAL / RURAL DISPERSO / CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI / NO

POBLACIÓN VULNERABLE: SI / NO

- DESPLAZADO
- MIGRANTE
- VICTIMA CONFLICTO ARMADO
- DESMOVILIZADO
- MADRE COMUNITARIA
- HABITANTE DE CALLE
- MENOR TRABAJADOR
- OTRO ¿CUAL?

MENOR EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: SI / NO

- CON USO DE LA CONSULTA: SI / NO
- CON ESTEREOTIPIA MOTORA: SI / NO

- Alguna limitación visual (riesgo a ceguera)
- MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (cómo entra - sale - moverse sin ayudas)
- COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas (atención, memoria y resolución del pensamiento)
- MENTAL: con las que están relacionadas con las restricciones en procesos comunicativos
- AUDITIVA: Alteración de Estructura y Funciones Sensoriales Auditivas

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Nathalia Sanchez PARENTESCO: Progenitora DIRECCIÓN: Cll 26 10 06 TELÉFONO: 322256 2198

EVALUACIÓN REALIZADA

PRIMERA VEZ / SEGUIMIENTO

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO

- SIGNOS DE PELIGRO
- SALUD BUCAL
- INFECCIÓN RESPIRATORIA- TUBERCULOSIS-COVID 19
- EDA
- DENGUE
- DESNUTRICIÓN
- CÁNCER INFANTIL
- PROBLEMAS DE OÍDO
- NUTRICIÓN
- VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CVI)
- SALUD MENTAL
- ASESORAMIENTO
- PAI
- CCNE-PROGRAMA
- OTRO ¿CUAL?

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI / NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA VEZ): SI / NO / NO APLICA

VOMITA TODO: SI / NO

CONVULSIONES: SI / NO

INCONSCIENTE: SI / NO

LETÁRGICO: SI / NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI / NO

Canalización en Signos Generales de Peligro: SI / NO

SALUD BUCAL

¿Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO?: 1

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0 / 1 / 2 / 3 / 4 O MÁS: ____

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA: ____ CEPILLO: ____ ENJUAGUE: ____ GASA: ____

¿CUÁL CUÁL?: ____

¿LO SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI / NO: ____

RECUERDE

- Consultas de Odontología (valoración) a partir de los 6 meses de edad.
- Aplicación de flúor (Flúor Aspam) del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente).
- Remoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 1 año hasta los 19 años.
- Aplicación de selladores: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio).

Educación en Salud Bucal: SI / NO

Canalización en Salud Bucal: SI / NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA- TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?: SI / NO

Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS: ____

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?: SI / NO

¿HORMIGUEO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES)?: SI / NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?: SI / NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CONFIRMADAS O EN ESTUDIO POR COVID-19 POSITIVO?: SI / NO

¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?: SI / NO

RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI / NO

Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO: ____

TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI / NO

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 2 MESES	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 8 A 11 AÑOS	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Educación en Rta TB COVID-19: SI / NO

Canalización en Rta TB- COVID-19: SI / NO

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?: SI / NO

Nº DE DÍAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA: ____

¿HAY SANGRE EN LAS HECES?: SI / NO

NÚMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS: ____

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO?: SI / NO

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI / NO

- BOCA SECA: SI / NO
- FONTANELA HUNDIDA: SI / NO
- ALSE ENCAMENTO: SI / NO
- PLIEGUE CUTÁNEO- MAYOR 2 SEG: SI / NO

Educación en EDA: SI / NO

Canalización en EDA: SI / NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 37°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?: SI / NO

FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 2 MESES: SI / NO

FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 2 MESES A 2 AÑOS: SI / NO

Educación en FIEBRE: SI / NO

Canalización en FIEBRE: SI / NO

IMPRESO POR IMPRESORES DEL PARENTE HOSPITALARIOS NIT: 79746818-1 TELÉFONO: 313 670 - 310 366 4748

11

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Ficha de la Atención Integral de Gobernaciones Prevalentes de la Infancia - AIPI - Comunitaria

Código: 20-SSD-SGSP-FR-003

Versión: 09

Fecha de aprobación: 07 / Enero / 2022

DATOS BÁSICOS

N° FICHA: N/A

INSTITUCIÓN: F1205

FECHA DILIGENCIAMIENTO: 06/03/2023

MUNICIPIO: Sogotá

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA RESIDENCIA: Cll 26 2 10 06

BARRIO: El Nogal

ASEGURADOR:

Afiliación de Acompañante: SI

Condición de Acompañante: SI

NOMBRES Y APELLIDOS: Valery Gisell Vargas Peralta

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA): 05/10/2023

EDAD: AÑOS 9 MESES 5 DÍAS 27

MENOR CUENTA CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: Instituto Joaquín Montoya

GRADO DE ESCOLARIDAD:

GÉNERO: F

ETNIA CUAL?:

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.028.790.071

MENOR SIN IDENTIFICACIÓN:

SEXO:

CUAL?:

Coincidencia con Usuario Activo: SI

PROCEDENCIA: URBANA: ✓ RURAL: RURAL DISPERSO: CENTRO POBLADO:

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI ✓

POBLACIÓN VULNERABLE: SI ✓

MENOR EN CONDICIÓN DE TRABAJO INFANTIL: SI ✓

PALENQUERO
RAIZAL
ROM
RAIZAL
INDÍGENA
OTRO
CUAL?

MENOR DESMOVILIZADO
HABITANTE DE CALLE
VICTIMA CONFLICTO ARMADO
DESPLAZADO
MIGRANTE
OTRO
CUAL?

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Natalé Sandra PARENTESCO: Profesora DIRECCIÓN: Cll 26 10 06 TELÉFONO: 3122562484

EVALUACIÓN REALIZADA

PRIMERA VEZ: ✓

SEGUIMIENTO:

ESPECIFIQUE MOTIVO DE SEGUIMIENTO

SIGNOS DE PELIGRO
SALUD BUCAL
INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS COVID 19

EDA
DENGUE
LEISHMANIA

CÁNCER INFANTIL
PROBLEMAS DE OÍDO
MUTACIÓN

VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CVI)
SALUD MENTAL
ASEGURAMIENTO

No
OTRO PROGRAMA
CUAL?

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: NO ✓

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA)	SI	NO	NO APLICA ✓
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (PRIMERA)	SI	NO	NO APLICA ✓

VOMITA TODO: SI ✓ NO
CONVULSIONES: SI ✓ NO

INCONSCIENTE: SI NO ✓
LETARGICO: SI NO ✓

Educación en Signos Generales de Peligro: ✓ NO

Canalización en Signos Generales de Peligro: SI NO ✓

SALUD BUCAL

Nº DE VALORACIONES ODONTOLOGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO: 1

CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0 1 2 3 4 o más

CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA ✓ CEPILLO ✓ ENJUAGUE DAGA

SEDA CUANTAS VECES 1 2 3 4 o más

OTRO, CUAL?

LO SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI NO ✓

Educación en Salud Bucal: SI NO

RECUERDE

* Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
* Aplicación de barniz de flúor: Ajuste del 1 año de vida hasta los 17 años (primera infancia)
* Remoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 2 años hasta los 12 años.
* Aplicación de sellantes: a partir de los 5 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Canalización en Salud Bucal: SI ✓ NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS COVID 19

TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?	SI	✓
Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS		
TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	SI	✓
AUSCULTACIÓN DE CASTILLO (CRANCLES, CLIBOCRONCUS, ANTIBIOCRONCUS, SUPRACOTERNALES)	SI	NO
EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TBC	SI	✓ NO
EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICA RESPIRATORIAS, NTE COVID 19 POSITIVO?	SI	NO ✓
PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?	SI	NO

RUIDOS ANORMALES AL TELEFONO: SI NO ✓

Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO:

TIENE RESPIRACIÓN AGITADA: SI NO

FRECUENCIA RESPIRATORIA NORMAL

MENOR DE 2 MESES DE 2 MESES A 12 MESES DE 12 MESES A 5 AÑOS DE 5 AÑOS A 9 AÑOS DE 9 A 11 AÑOS	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Educación en IRA-TB-COVID 19: SI NO

Canalización en IRA-TB-COVID 19: SI ✓ NO

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI NO ✓

Nº DE DÍAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA

¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI NO

NÚMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI NO

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI NO

BOCA SECA SI ✓
AUSENCIA DE LAGRIMA SI ✓
ANSIEDAD SI ✓
PLIEGUE CUTÁNEO MAYOR 2 SEG SI NO

RECOMENDACIONES URGENTES AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR SIGNOS DE ALARMA:
- ENCONTRAR MENORES TOS
- EDA Y NEGADO DE DESHIDRATACIÓN
- VOMITO Y NEGADO DE DESHIDRATACIÓN
- SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA TIEN VOMITO

Canalización en EDA: SI NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI ✓
TIENE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI NO
TIENE MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI NO

RECOMENDACIONES URGENTES AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR SIGNOS DE ALARMA:
* TIENE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* TIENE MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS

Educación en FIEBRE: SI ✓ NO

Canalización en FIEBRE: SI NO ✓

IMPRESO POR IMPRESOS DELIRANTES HOSPITALARIOS NIT 79944618-1 TELEFONO 4124249 - 3183813497

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

6

DATOS BÁSICOS

FECHA: D/A

INSTITUCIÓN: ERSS — FECHA DILIGENCIAMIENTO: 03,03,2023 — MUNICIPIO: Sucha

VEREDA O DIRECCIÓN: Cll 26 10 36 — TIPO DE SEGURO: — ASEGURADOR: Ecops CAS

CONSULTA/CONSECUTIVO: 2 — BARRIO: El Nogal

Educación en Hospitalización: NO — Conciliación en Hospitalización: SI

NOMBRES Y APELLIDOS: Sofia Dayana Mendoza — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA): 2,4,2015 — EDAD: años 7 meses 11 9

MENOR CUIDADOR: NO — NO APLICA — NOMBRE: Instituto Joaquin Montoya — PARENTESCO: Tutor

GENERO: F — M — OTRO CUAL? — SI — NO — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN — DESPLAZAMIENTO: OFICIO: ✓ CUAL? Acta — NUMERO: 522

Conciliación en Desplazamiento: SI

PROCEDENCIA: URBANA ✓ — RURAL — RURAL DISPERSO — CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI — NO ✓ — POBLACIÓN VULNERABLE: SI ✓ — NO

POBLACIÓN VULNERABLE: MENOR ABANDONADO; HABITANTE DE CALLE; VICTIMA CONFLICTO ARMADO; DESMOVILIZADO; DESPLAZADO ✓; INMIGRANTE; OTRO

GRUPO ÉTNICO: PALENQUERO; RAIZAL; AFRO; ROM; INDÍGENA; OTRO

CUAL? — CUAL?

MENOR EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: SI — NO ✓

CON UNA SOLA DISCAPACIDAD: SI — NO

CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE, DOS O MAS DISCAPACIDADES: SI — NO

VISUAL: (evaluación visual (Usaga o con lupa visión)

MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (para usar, No movilidad sin servicio)

COGNITIVA: (Dificultad de los hacemos cognitivos para entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje

MENTAL: con las que están relacionadas con las restricciones en procesos personales

AUDITIVA: Alteración de funciones y Estructuras Sensoriales Auditivas

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Yissel Alvis Molina — PARENTESCO: Profesora — DIRECCIÓN: Cll 26 A 06 — TELEFONO: 3166034714

EVALUACION REALIZADA: PRIMERA VEZ ✓ — SEGUIMIENTO

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO: LONCHA INFANTIL; PROBLEMAS DE OÍDO; AUTOCUIDO; VALORACION INTEGRAL DE SALUD (VIS); SALUD MENTAL; SEGUIMIENTO; PIC; OTRO PROGRAMA; CUAL?

VALORACION DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACION DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACION DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO — SI — NO ✓

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO / BEBE MUCHO — SI — NO — NO APLICA

SE VUELVE TOMAR LIQUIDOS / VOMITA — SI — NO — NO APLICA

VOMITA TODO — SI — NO ✓

CONVULSIONES — SI — NO ✓

INCONSCIENTE — SI — NO

LETARGICO — SI — NO

Conciliación en Signos Generales de Peligro: SI — NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI ✓ — NO

SALUD BUCAL

24° DE VALORACIONES ODONTOLOGICAS EN EL ULTIMO AÑO?

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0 — 1 — 2 ✓ — 3 — 4 o mas

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA — CEPILLO ✓ — ENJUAGUE — GASA — SEDA — CUANTAS VECES 1 — 2 — 3 — 4 o mas — OTRO, CUAL?

¿LE AUNDRIDA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI ✓ — NO

RECUERDE

* Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Aparte del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Remoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 2 años hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Conciliación en Salud Bucal: SI — NO

Educación en Salud Bucal: SI ✓ — NO

INFECCION RESPIRATORIA, TUBERCULOSIS-COVID 19

TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? — SI — NO

N° DE DIAS QUE LLEVA CON TOS

TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? — SI — NO ✓

ACCIDENTE DE CUIDADO

TERAPIAS SUBCUTANEAS-INTERCOSTALES-SUPRACLAVICULARES — SI — NO ✓

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? — SI — NO ✓

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMATICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? — SI — NO ✓

¿PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES? — SI — NO ✓

BUSQUE ANORMALIDAD AL RESPIRAR — SI — NO

N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO — SI — NO

TIENE RESPIRACION RAPIDA — SI — NO

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 2 MESES	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 12 AÑOS	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Conciliación en IRA-TB-COVID19: SI — NO

Educación en IRA-TB-COVID19: SI ✓ — NO

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? — SI — NO ✓

N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA — SI — NO ✓

¿HAY SANGRE EN LAS HECES?

NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO? — SI — NO ✓

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACION — SI — NO ✓

BOCA SECA — SI — NO ✓

FONTANELA HUNDIDA — SI — NO ✓

NIEGE AVIDAMENTE — SI — NO ✓

PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG — SI — NO ✓

REMITIR A CONSULTA URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
- EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACION
- VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACION
- SIGNOS DE DESHIDRATACION SIN EDA NI VOMITO

Conciliación en EDA: SI — NO ✓

Educación en EDA: SI ✓ — NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? — SI — NO ✓

FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES — SI — NO ✓

FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS — SI — NO ✓

REMITIR A CONSULTA URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS

Conciliación en FIEBRE: SI — NO ✓

Educación en FIEBRE: SI ✓ — NO

IMPRESO POR: IMPRESO EN: 2023-03-03 11:52:22 — IMPRESO POR: IMPRESO EN: 2023-03-03 11:52:22

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI - Comunitario

Código: ss-f04-gsp-aiepi-04-003
Versión: 03
Fecha de aprobación: 07 / marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

Nº DOSIS: N/A

INSTITUCIÓN: ERSS
DIRECCIÓN: Cll 26 10 06
MUNICIPIO: Sooch4
CONSULTA/CONSECUTIVO: 2
BARRIO: El Nisal
FECHA DILIGENCIAMIENTO: 13 09 2023
Educación en Amamantamiento: SI ✓ NO
NOMBRES Y APELLIDOS: Rishel Rafaela Gonzalez
FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA: 6/9/2018
EDAD: AÑOS 4 MESES 6 DÍAS 3
MENOR ESCOLARIZADO: SI NO NO APLICA A
GRADO DE ESCOLARIDAD: PRE JAR 1 2 3 4 5 ACE OTRO
JORNADA: Instituto Joaquin Montoya
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ESTADO: CUAL: Acta NÚMERO: 925
GÉNERO: F M OTRO CUAL: AL: SI NO MENOR EN INSTITUCIÓN: ESTADO: CUAL:
Clasificación por Riesgo: SI ✓ NO
PROCEDENCIA: URBANA ✓ RURAL RURAL DISPERSO CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI NO ✓
POBLACIÓN VULNERABLE: SI ✓ NO
MENOR EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: SI NO ✓
CON UNA SOLA CUIDADORA: SI NO
CON MÁS DE UNA CUIDADORA: SI NO
INDÍGENA
AFRO
RAIZAL
RROM
OTRO
CUAL
MENOR DESNUDO
HABITANTE DE CALLE
VICTIMA CONFLICTO ARMADO
DESPLAZADO
MIGRANTE
OTRO
CUAL
VISUAL: limitación visual severa o con baja visión
AUDITIVA: usa rehabilitación oral o lenguaje de señas
COGNITIVA: dificultad en las funciones cognitivas para entender, aprender y recordar del aprendizaje
MENTAL: en las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales
MOTRIZ: alteración de funciones y estructuras corporales relacionadas con el movimiento
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Diana Plaza Rodriguez PARENTESCO: Profesora DIRECCIÓN: Cll 26 10 06 TELÉFONO: 3125530659

EVALUACIÓN REALIZADA: PRIMERA VEZ ✓ SEGUIMIENTO
ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO:
SIGNOS DE PELIGRO
SALUD BUCAL
INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS - COVID 19
EDA
DENGUE
LEISHMANIASIS
CANCER INFANTIL
PROBLEMAS DE OÍDO
NUTRICIÓN
VACUNACIÓN INTEGRAL DE SALUD (ETV)
SALUD MENTAL
AGUDEZA VISUAL
PAI
OTRO PROGRAMA
CUAL

VALORACIÓN DEL MENOR

Evaluar Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA): SI NO NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (INFANCIA): SI NO NO APLICA
VOMITA TODO: SI NO
CONVULSIONES: SI NO
INCONSCIENTE: SI NO
LETARGICO: SI NO
Clasificación en Signos Generales de Peligro: SI NO
Educación en Signos Generales de Peligro: SI NO

SALUD BUCAL

¿Nº DE VALORACIONES ODONTOLOGICAS EN EL ULTIMO AÑO? 1
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0 1 2 3 4 o más
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA CEPILLO SEDA GASA
OTRO CUAL? CUANTO VECES? 1 2 3 4 o más
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI NO
Educación en Salud Bucal: SI NO

RECUERDE
* Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
* Aplicación de barniz de Flúor Anual del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente).
* Aplicación de sellantes Semestral a partir de los 2 años hasta los 19 años.
* Aplicación de sellantes a partir de los 5 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio).
Canalización en Salud Bucal: SI NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS - COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?: SI ✓ NO
¿Nº DE DIAS QUE LLEVA CON TOS: ✓
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?: NO ✓
¿ALGUNO DE LOS DE CONTACTO (FAMILIAR, SUBCONTACTOS-INTIMO, ESTALLES-SUPRACOTIDIANOS) TIENE TOS?: NO ✓
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?: NO ✓
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS DIAGNOSTICADAS RESPIRATORIAS, SOSPECHOSO O POSITIVO?: NO ✓
¿PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES?: NO ✓
Educación en IRA TB COVID 19: SI ✓ NO

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 2 MESES	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 9 AÑOS	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 12 AÑOS	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

RIESGOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI NO
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO:
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI NO
Canalización en IRA TB COVID 19: SI NO

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?: SI NO
Nº DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA:
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?: SI NO
NÚMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS:
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO?: SI NO
Educación en EDA: SI NO

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI NO
BOCA SECA: SI NO
FONTANELA HUNDIDA: SI NO
SEDE BEBIENDO: SI NO
PLIEGUE CUTÁNEO MAYOR 2 SEG: SI NO

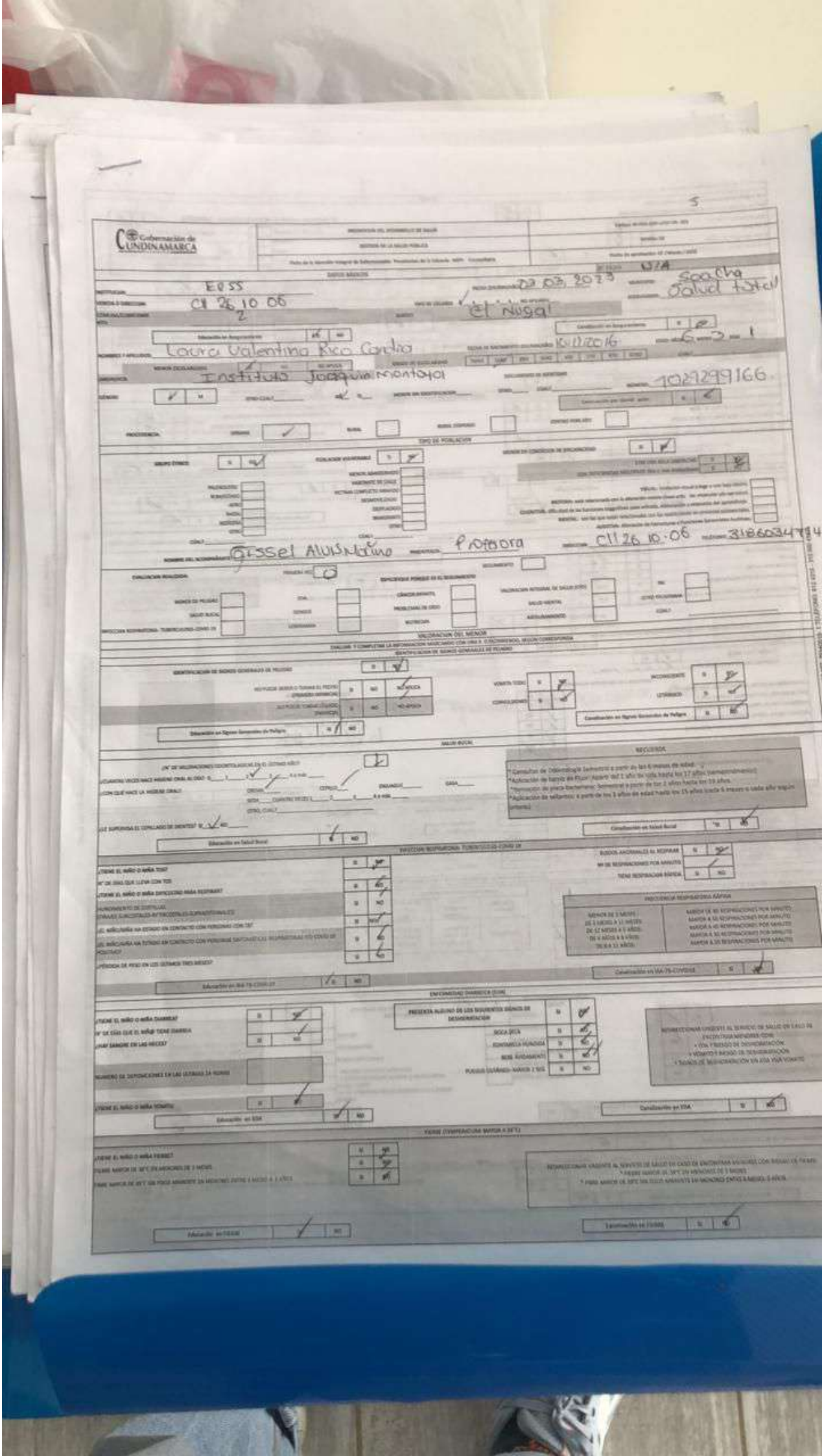
REMITIR A CONSULTA URGENTE AL SERVICIO DE SALUD SI EL CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN
* VÓMITOS Y SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN
* DIARREA DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y/O VÓMITO
Canalización en EDA: SI NO

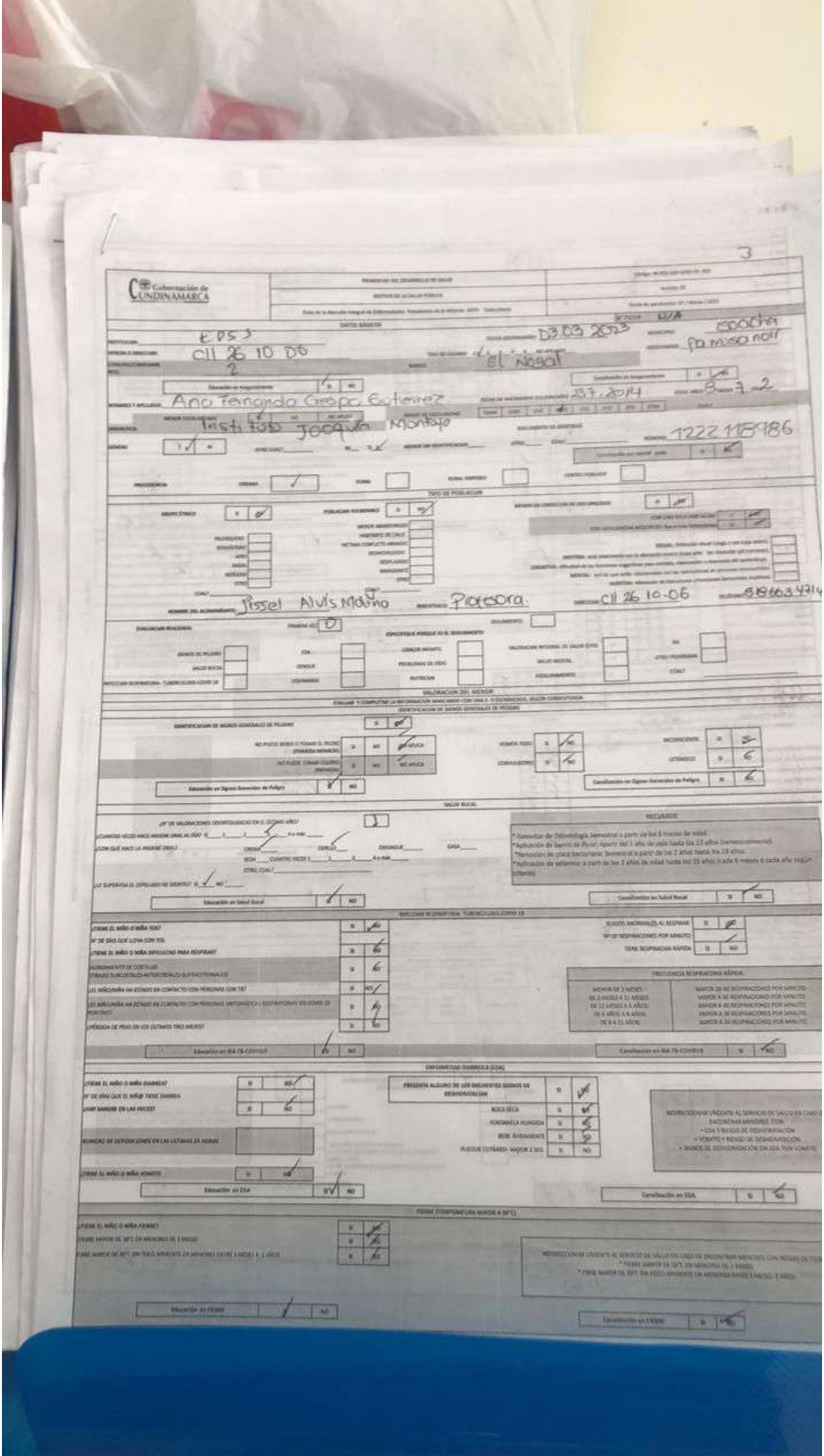
FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?: SI NO
¿FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 2 MESES: SI NO
¿FIEBRE MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 2 MESES A 2 AÑOS: SI NO
Educación en FIEBRE: SI NO

REMITIR A CONSULTA URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 2 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 2 MESES A 2 AÑOS
Canalización en FIEBRE: SI NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DE LINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 2014 TELEFONO: 315 4211 - 315 300 4549





Gobernación de CUNDINAMARCA

3

EPS: Coosalud

Cll 26 10 06

el Nogal

Ana Fernanda Crespo Estevez

Institución Joaquin Montaño

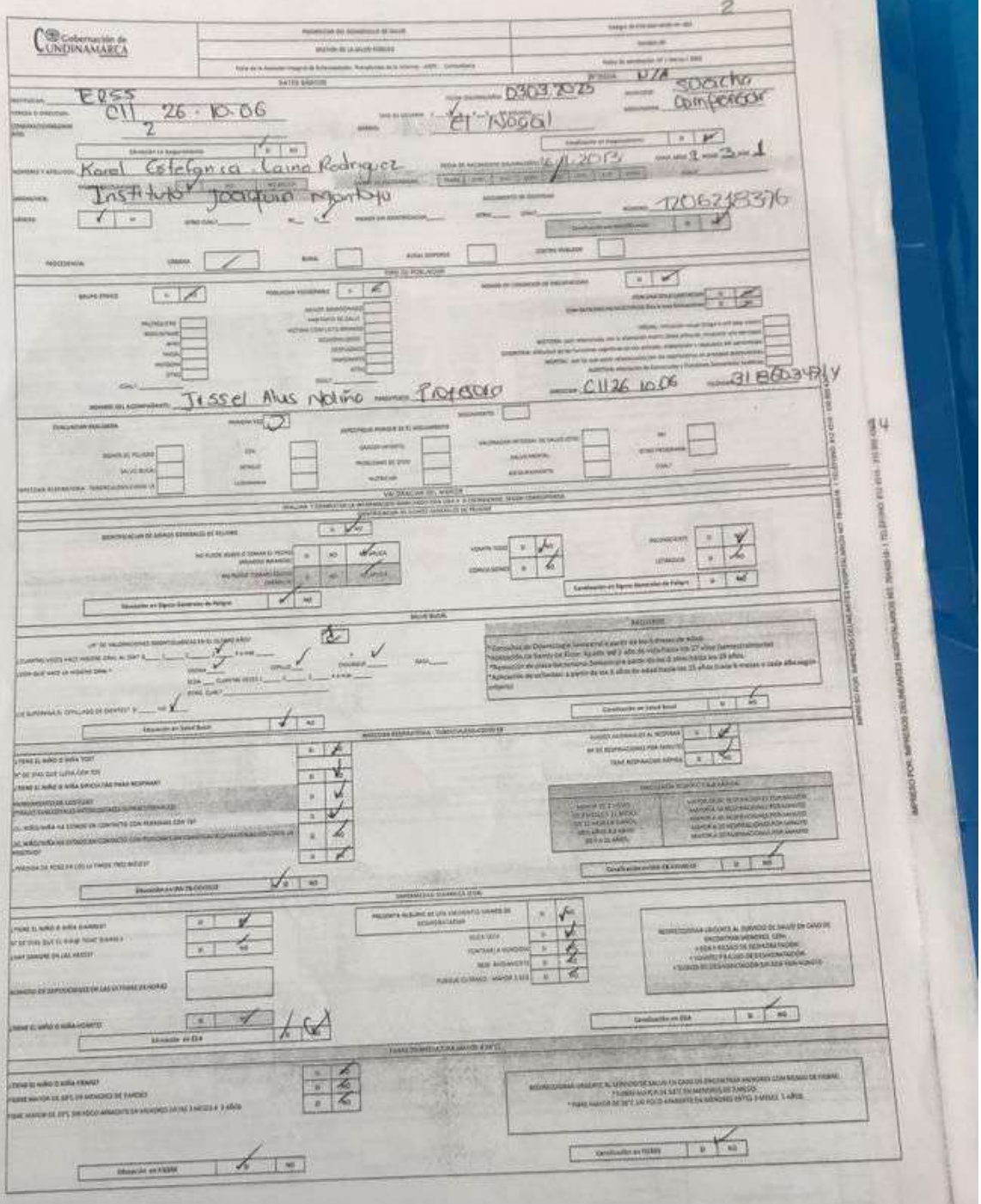
1222115186

Pissel Alvis Marino

Parcera

Cll 26 10-06

3186634714



Gobernación de CUNDINAMARCA

ERSS C11 26 10 06

Karol Estefanía Laino Rodríguez

Instituto Joaquín Martín

Jissel Alus Nuño

C1126 10 06

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

FECHA DILIGENCIAMIENTO: 10-03-2023 (DD MM AAAA)

VIVIENDA
CHA NUMERO: 31602H
NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Johneth Auxiliar de enfermeria
VIVIENDA
DICACION

ONA — Municipio: Soacha — Vereda: N/A
Urbana — Comuna: 2 — Dirección: Kr 5B 4C 40 TO 5 AP 203
Teléfono/Celular: 317 23 67690
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos
Rural — Barrio: el progreso uno

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRóXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI
1 celmira Cometa	2	1
2 Johneth cometa	2	1

No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside — Cual?: _____
3. En Bogotá — Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
4. En otro municipio distinto a Bogotá — Cual?: _____
5. Actualmente no esta empleado ni escolarizado [X]

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: _____ minutos

No aplica [ ]

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

20.Su IPS primaria, se localiza:

1. [X] En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. En Bogotá
4. En otro municipio distinto a Bogotá
5. Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 20 minutos
20.Le parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

22

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO 10-03-2023

VIVIENDA — FECHA DILIGENCIAMIENTO (DD / MM / AAAA)

FICHA NUMERO 31693H — NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Lorneth Arroyo Auxiliar de enfermeria

VIVIENDA

1. UBICACION

ZONA: Urbana [X] Rural [ ]

Municipio: Soacha — Comuna: 005. — Barrio: el progreso uno

Vereda: N/A
Dirección: Cr 15B # 40-03 AP 403
Teléfono/Celular: 304 219 2693
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Nidya astorga	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside [X]
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside [ ] Cual?: _____
3. En Bogotá [ ] Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
4. En otro municipio distinto a Bogotá [ ] Cual?: _____
5. Actualmente no esta empleado ni escolarizado [ ]

19.¿cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: 15 minutos

No aplica [ ]

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

20.Su IPS primaria, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside [X]
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside [ ]
3. En Bogotá [ ]
4. En otro municipio distinto a Bogotá [ ]
5. Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS [ ]

20.¿cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 20 minutos

20.¿le parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FOR[illegible] FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA
FICHA NUMERO: 31684H
FECHA DILIGENCIAMIENTO: 10 03 2023 (DD MM AAAA)
NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Jeneth Chaya Auxiliar Enfermeria
VIVIENDA Y UBICACION

ZONA
Urbana / Rural
Municipio: Soacha
Comuna: Dos
Barrio: El progreso uno
Vereda: NA
Direccion: Cll 19 15B 4c 4d 07 Mz 16 104.
Telefono/Celular: 320 891 0713
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 Minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cual? Devolución del IVA	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PROXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Maria Fonseca	2	1		2	1
2 Yamile Pena	2	1		2	1
3 Mariana Reys	2	1		2	1
4 Isaldio Alejandro Reys	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. En Bogotá
4. En otro municipio distinto a Bogotá
5. Actualmente no esta empleado ni escolarizado

Cual?: _____ Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
Cual? _____

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica ☐

20.Su IPS primaria, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. En Bogotá
4. En otro municipio distinto a Bogotá
5. Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 15 minutos
20.Le parece que queda: 1. cerca ☑ 2. lejos ☐

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

18

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA — FECHA DILIGENCIAMIENTO: DD 09 MM 07 AAAA 2023

FICHA NUMERO: 31579 H — NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Jovanna Cano Auxiliar de enfermería

VIVIENDA
I. UBICACION

ZONA
Urbana ✓ Rural
Municipio: Soacha
Comuna: 2
Barrio: El Progreso Uno

Vereda: N/A
Dirección: Kr 150 4C 45 D. SAP 302
Teléfono/Celular: 321 4666933
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Gilder Palomino	2	1		2	1
2 Hernan Chaverra	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside ✓
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside — Cual?: _____
3. En Bogotá — Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
4. En otro municipio distinto a Bogotá — Cual?: _____
5. Actualmente no esta empleado ni escolarizado

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: 15 minutos

No aplica ☐

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

20.Su IPS primaria, se localiza

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside ✓
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. En Bogotá
4. En otro municipio distinto a Bogotá
5. Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 20 minutos

20.Le parece que queda: 1. cerca ✓ 2. lejos ☐

19

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA — FECHA DILIGENCIAMIENTO: DD MM AAAA: 10.03.2021
FICHA NUMERO: 31680H — NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Auxiliar de enfermeria
VIVIENDA
1. UBICACION

ZONA
[ ] Urbana
[ ] Rural

Municipio: Soacha
Comuna: 2
Barrio: El progreso uno

Vereda: N/A
Dirección: Tr 15 AC 40 T 06 AP 301
Teléfono/Celular: 3134901340
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cual?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Francisco Melgino	2	1		2	1
2 Maritza Oriyo	2	1		2	1
3 Juan David Oriyo	2	1		2	1
4 Estefania Medina Silva	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19. Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. [X] En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. [ ] En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside — Cual?: ____
3. [ ] En Bogotá — Nombre Localidad o referencia: ____ Nombre Barrio: ____
4. [ ] En otro municipio distinto a Bogotá — Cual?: ____
5. [ ] Actualmente no esta empleado ni estudiando

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: 15 minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20. Su IPS primaria, se localiza:

1. [X] En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. [ ] En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. [ ] En Bogotá
4. [ ] En otro municipio distinto a Bogotá
5. [ ] Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS

20. Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 30 minutos
20. Le parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

20

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA | FECHA DILIGENCIAMIENTO: 10-03-2023 (DD MM AAAA)
FICHA NUMERO: 31583H | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Jannath Chirivi Auxiliar de enfermeria
VIVIENDA
I. UBICACION

ZONA
Urbana [x] Rural [ ]
Municipio: Soacha
Comuna: DOS
Barrio: El progreso uno

Vereda: N/A
Dirección: Cr 15B 4C-40 06 AP 203
Teléfono/Celular: 3105114146
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 25 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Blanca (Cubillos)	2	1		2	1
2 Brayth Suarez 63	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1 [ ]
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2 [ ]
En Bogotá	3 [ ]
En otro municipio distinto a Bogotá	4 [ ]
Actualmente no esta empleado ni escolarizado	5 [X]

Cual?: _____
Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
Cual?: _____

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20.Su IPS primaria, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1 [X]
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2 [ ]
En Bogotá	3 [ ]
En otro municipio distinto a Bogotá	4 [ ]
Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS	5 [ ]

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 2 5 minutos
20.Le parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

75

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA | FECHA DILIGENCIAMIENTO: 09 03 2023 (DD MM AAAA)
FICHA NUMERO: 31676H | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA:
VIVIENDA
I. UBICACION

ZONA
Municipio: Soacha
[X] Urbana — Comuna: 2
[ ] Rural — Barrio: El Progreso No 2

Vereda: N/A
Dirección: Kra 15 A # 40 T 04 AP 204
Teléfono/Celular: 304 374 9146
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 María Helena Cuervo	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside — Cual?: _____
3. En Bogotá — Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
4. En otro municipio distinto a Bogotá — Cual?: _____
5. Actualmente no esta empleado ni escolarizado [X]

19.2Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio? _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD — No aplica [ ]

20.Su IPS primaria, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. En Bogotá [X]
4. En otro municipio distinto a Bogotá
5. Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS

20.2Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria? 30 minutos
20.3Le parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

16

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FOR[illegible] FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA | FECHA DILIGENCIAMIENTO: 09 03 2023 (DD MM AAAA)

FICHA NUMERO: 31697 | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Johnetth Chung Auxiliar de enfermeria

VIVIENDA
I. UBICACION

ZONA
Urbana [ ]
Rural [ ]
Municipio: Soacha
Comuna: 100
Barrio: El progreso N°4

Vereda: N/A
Dirección: K. 88AC 40 7044A 104
Teléfono/Celular: 317 521 4384
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minuto

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Omar conde	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside [ ]
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside [ ] Cual?:
3. En Bogotá [ ] Nombre Localidad o referencia: Nombre Barrio:
4. En otro municipio distinto a Bogotá [ ] Cual?:
5. Actualmente no esta empleado ni escolarizado [ ]

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: 15 minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20.Su IPS primaria, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside [X]
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside [ ]
3. En Bogotá [ ]
4. En otro municipio distinto a Bogotá [ ]
5. Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS [ ]

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 20 minutos
20.De parece que queda: 1. cerca [ ] 2. lejos [ ]

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA — FECHA DILIGENCIAMIENTO: 06 03 2023 (DD MM AAAA)
FICHA NUMERO: DIC 28 H — NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA:

I. UBICACION

ZONA
Urbana ✓ — Municipio: Soacha — Comuna: 2
Rural ☐ — Barrio: El progreso Uno

Vereda: N/A
Dirección: Fr 15 BAC 40 TOS AP 104
Teléfono/Celular: 318 627 6863
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PROXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
Daniel Alejandro Forero	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside ☒
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside ☐ — Cual? _____
3. En Bogotá ☐ — Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: Punta de la Laguna
4. En otro municipio distinto a Bogotá ☐ — Cual?: _____
5. Actualmente no esta empleado ni escolarizado ☐

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD — No aplica ☐

20.Su IPS primaria, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside ☒
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside ☐
3. En Bogotá ☐
4. En otro municipio distinto a Bogotá ☐
5. Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS ☐

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 20 minutos
20.De parece que queda: 1. cerca ☒ 2. lejos ☐

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

08-02-2023

VIVIENDA
FICHA NUMERO (3022BH) 31642H
FECHA DILIGENCIAMIENTO DD MM AAAA
NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA Jannette Diaz Auxiliar de Enfermeria
VIVIENDA
UBICACION

ONA
Municipio Soacha
Urbana Comuna (VD)
Rural Barrio La Esperanza

Vereda N/A
Dirección Cr 19 B 1-175 Torre 5 Apto 101
Teléfono/Celular 321 247 8074
Distancia en horas a la cabecera Municipal 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Maria Luz Bustos	2 ✓	1		2	1
2 Andres Neira	2 ✓	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19. Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

- En la misma comuna/corregimiento donde reside 1 ✓
- En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside 2 — Cual?: _____
- En Bogotá 3 — Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
- En otro municipio distinto a Bogotá 4 — Cual?: _____
- Actualmente no esta empleado ni escolarizado 5

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: 15 minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica ☐

20. Su IPS primaria, se localiza:

- En la misma comuna/corregimiento donde reside 1 ✓
- En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside 2
- En Bogotá 3
- En otro municipio distinto a Bogotá 4
- Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS 5

20. Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria? 20 minutos

20. Le parece que queda: 1. cerca ☑ 2. lejos ☐

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

14

EL CAMBIO AVANZA

FOR ATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA
FICHA NUMERO: 31675H
FECHA DILIGENCIAMIENTO: DD 09 MM 03 AAAA 2023
NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Jonneth Chigo Auxiliar de enfermeria

1. UBICACIÓN

ZONA
Urbana ✓
Rural
Municipio: Soacha
Comuna: 00?
Barrio: El progreso uno

Vereda: N/A.
Dirección: Cr 15B 4C 10 To 4 Ap 602
Teléfono/Celular: 3206740942
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20minuto

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1 ✓					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI
1 Luis Cascante	2	1
2 Maria Alarcino	2	1
3 Yonito Alarcino	2	1
4 Juliana Bacerra	2	1
4 Kenner Bastante	2	1
	2	1

No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1	
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2	Cual?:
En Bogotá	3	Nombre Localidad o referencia: Nombre Barrio:
En otro municipio distinto a Bogotá	4	Cual?:
Actualmente no esta empleado ni escolarizado	5 ✓	

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica ☐

20.Su IPS primaria, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1 ✓
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2
En Bogotá	3
En otro municipio distinto a Bogotá	4
Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS	5

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 20 minutos

20.Le parece que queda: 1. cerca ☑ 2. lejos ☐

IMPRESO POR: IMPRESOS DELIRIANTES HOSPITALARIOS NIT. 1 FOLIO 1 | 318 560 4341

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FOR[illegible] FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA | FECHA DILIGENCIAMIENTO: 09. 03. 2023 (DD / MM / AAAA)
FICHA NUMERO: 31674 | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Jonneth Cuervo Auxiliar de Enfermeria
VIVIENDA UBICACION

ZONA
Municipio: Soacha
Urbana — Comuna: 2
Rural — Barrio: El progreso uno

Vereda: N/A
Dirección: Cr 7 S 3 4C 45 0. 4 AP 203
Teléfono/Celular: 319 5902565
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Mireya Morales	2	1 ✓		2	1
2 Antonio Montes Alicuet	2	1 ✓		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1	
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2	Cual?:
En Bogotá	3	Nombre Localidad o referencia: Nombre Barrio:
En otro municipio distinto a Bogotá	4	Cual?:
Actualmente no esta empleado ni escolarizado	5 ✓	

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio? _____ minutos

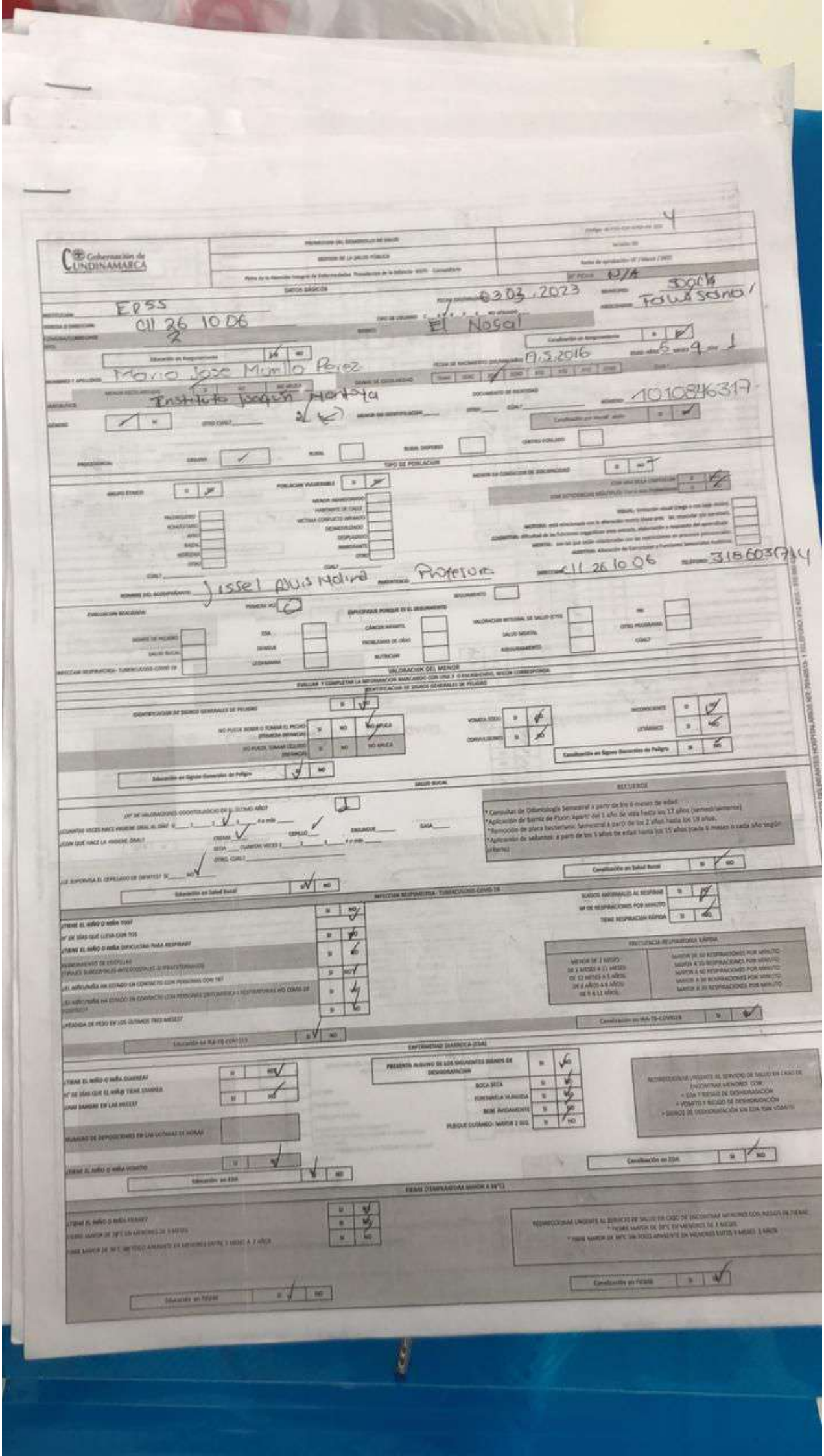
MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica ☐

20.Su IPS primaria, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1 ✓
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2
En Bogotá	3
En otro municipio distinto a Bogotá	4
Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS	5

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: _____ minutos
20.De parece que queda: 1. cerca ☐ 2. lejos ☐



Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Ficha de la Estrategia Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI - Comunitaria

Código: GI-FOR-SSP-AIEPI-004 — Versión: 04 — Fecha de aprobación: 07 / Marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

Nº FICHA: N/A

INSTITUCIÓN: EPS S — FECHA DILIGENCIAMIENTO: 03 / 2023 — MUNICIPIO: Soacha

DIRECCIÓN: Cll 26 10 D6 — BARRIO: El Nogal — ASEGURADOR: Famisanar

Educación en Responsabilidad: SI ✓ NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Mario José Murillo Pérez — FECHA DE NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO): 01.2016 — EDAD: AÑOS 5 MESES 9 DÍAS 1

MENOR ESTÁ EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SI ✓ NO — GRADO DE ESCOLARIDAD: Jardín — INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Instituto Joaquín Montoya

GÉNERO: M ✓ — OTRO CUÁL? — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO — CUÁL? — NÚMERO: 1010896317

Consolidación por Ítem AIEPI: SI ✓ NO

PROCEDENCIA: URBANO ✓ — RURAL — RURAL DISPERSO — CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI — NO ✓ — POBLACIÓN VULNERABLE: SI — NO ✓

MENOR DESPROTEGIDO — HABITANTE DE CALLE — VICTIMA CONFLICTO ARMADO — DESMOVILIZADO — DESPLAZADO — INMIGRANTE — OTRO

PALIDEZ PALMAR — ICTERICIA — APHO — RADIAL — MORDEDURA — OTRO

CUÁL? — CUÁL?

MENOR EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: SI — NO ✓

CON UNA SOLA CONDICIÓN: SI — NO

CON DOS O MÁS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS (Con la mas Predominante):

VISUAL: Limitación visual (ciego o con baja visión)

MOTRIZ: está relacionada con la alteración motriz (daño ortopédico, sin necesidad de apoyo)

COGNITIVA: Dificultad de las funciones cognitivas entre ellas la atención, memoria, elaboración o resolución del aprendizaje

MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales

AUDITIVA: Alteración de funcionalidad y Funciones Sensoriales Auditivas

NOMBRE (AC. ACOMPAÑANTE): Jissel Alvis Medina — PARENTESCO: Profesora — DIRECCIÓN: Cll 26 10 D6 — TELÉFONO: 3186037414

EVALUACIÓN ROUTINARIA: PEGADO AC ✓ — SEGUIMIENTO

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO

SIGNOS DE PELIGRO — SALUD BUCAL — INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS COVID 19 — EDA — DENGUE — LEISHMANIA — CÁNCER INFANTIL — PROBLEMAS DE OÍDO — NUTRICIÓN — VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CYS) — SALUD MENTAL — ASEGURAMIENTO — INS — OTRO PROGRAMAS — CUÁL?

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI ✓ NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PREGUNTAR PRIMERO): SI — NO — NO APLICA

NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (PREGUNTAR): SI — NO — NO APLICA

VOMITA TODO: SI — NO ✓

CONVULSIONO: SI — NO ✓

INCONSCIENTE: 0 ✓

LETÁRGICO: SI — NO ✓

Consolidación en Signos Generales de Peligro: SI — NO ✓

Educación en Signos Generales de Peligro: SI ✓ NO

SALUD BUCAL

¿Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO?: 1

¿CUÁNTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA?: 0 — 1 — 2 ✓ — 3 — 4 o más

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL?: CREMA — CEPILLO ✓ — ENJUAGUE — SASA

SEDA — CUANTAS VECES? 1 — 2 — 3 — 4 o más

OTRO, CUÁL?

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI — NO ✓

RECUERDE

* Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
* Aplicación de barniz de Fluor, Iguart del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
* Remoción de placa bacteriana, Semestral a partir de los 2 años hasta los 19 años.
* Aplicación de selantes: a partir de los 5 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Consolidación en Salud Bucal: SI — NO ✓

Educación en Salud Bucal: SI ✓ NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? — SI — NO ✓

Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? — SI — NO ✓

¿HA CONVIVIDO CON ALGUIEN CON CONTACTO CON PERSONAS CON TB? — SI — NO ✓

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICO O RESPIRATORIAS HO COVID 19 POSITIVO? — SI — NO ✓

¿HA PERDIDO PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? — SI — NO ✓

RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI — NO ✓

Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO

TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI — NO ✓

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 2 MESES	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES DE 12 MESES A 5 AÑOS	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 11 AÑOS	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Consolidación en IRA-TB-COVID19: SI — NO ✓

Educación en IRA-TB-COVID19: SI ✓ NO

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? — SI — NO ✓

Nº DE DÍAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA

¿HAN SANGRE EN LAS HECES? — SI — NO ✓

NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO — SI — NO ✓

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI — NO ✓

BOCA SECA — SI — NO ✓

FONTANELA HUNDIDA — SI — NO ✓

MAL AMAMANTA — SI — NO ✓

PLIEGUE CUTÁNEO: MAYOR 2 SEG — SI — NO ✓

RECOMENDACIONES URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA TIEN VOMITO

Consolidación en EDA: SI — NO ✓

Educación en EDA: SI ✓ NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? — SI ✓

FIEBRE MAYOR DE 39°C EN MENORES DE 3 MESES — SI ✓

FIEBRE MAYOR DE 38°C (RETOQUE AXILAR) EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS — NO

RECOMENDACIONES URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO EN FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 39°C EN MENORES DE 3 MESES.
* FIEBRE MAYOR DE 38°C (RETOQUE AXILAR) EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS

Consolidación en FIEBRE: SI ✓

Educación en FIEBRE: SI ✓ NO

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

FECHA DILIGENCIAMIENTO: 08-03-2023 (DD / MM / AAAA)

VIVIENDA

FICHA NUMERO: 31669H

NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Vannetth Cunto Auxiliar de enfermeria

VIVIENDA

1. UBICACIÓN

ZONA
- [✓] Urbana — Municipio: Soacha — Comuna: Dos
- [ ] Rural — Barrio: el progreso uno

Vereda: N/A
Dirección: Kr 15 B 1C 40 To 2 Ap 602
Teléfono/Celular: 3204900418
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 Minuto

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI
1 Carlos Amaya	2	1
2 Gladys Anza Tellez	2	1
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1

No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19 Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. [X] En Bogotá — Cual? _____ Nombre Barrio: Chico
4. En otro municipio distinto a Bogotá — Nombre Localidad o referencia: _____
5. Actualmente no esta empleado ni escolarizado — Cual? _____

19 Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio? _____ minutos

No aplica [ ]

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

20 Su IPS primaria, se localiza

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. [X] En Bogotá
4. En otro municipio distinto a Bogotá
5. Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS

20 Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria? 40 minutos

20 Le parece que queda 1. cerca [ ] 2. lejos [✓]

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FOR[illegible]O FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA
FICHA NUMERO 31670 H
VIVIENDA
I. UBICACIÓN

FECHA DILIGENCIAMIENTO DD 08 MM 03 AAAA 2023
NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA
Janeth Chiv
Auxiliar de enfermeria

ZONA
Urbana
Rural
Municipio: Soacha
Comuna: 001
Barrio: el progreso uno

Vereda: N/A
Dirección: Kr. 150C 26 Ap 302 TO 3
Teléfono/Celular: 314 414 3902.
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Mario Padilla	2 X	1		2	1
2 Mariu Andres Orco	2	1		2	1
3 Leidy Padilla	2	1		2	1
4 Pedro Padilla	2	1		2	1
5 Mario Padilla	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19. Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2
En Bogotá	3
En otro municipio distinto a Bogotá	4
Actualmente no esta empleado ni escolarizado	5 X

Cual?: _____
Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
Cual?: _____

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica

20. Su IPS primaria, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2
En Bogotá	3
En otro municipio distinto a Bogotá	4
Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS	5 X

20. Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: _____ minutos
20. Le parece que queda: 1. cerca ☐ 2. lejos ☐

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

11

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIENDA
CHA NUMERO: 31672 H
VIENDA
CACION

FECHA DILIGENCIAMIENTO: 08-03-2023 (DD MM AAAA)

NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Dannelh Quiroga Auxiliar de Enfermeria

NA Municipio: Soacha

Urbana Comuna: 004

Rural Barrio: El progreso uno

Vereda: N/A
Dirección: Kr 15 B 4C 40 TO. 4 AP 604
Teléfono/Celular: 3193955197
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 2 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibio o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formacion del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?							

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
2 Franay Perez	2	1		2	1
3 Berly Miranda	2	1		2	1
4 Mateo Gallamana	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19. Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1	
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2	Cual?:
En Bogotá	3	Nombre Localidad o referencia: Nombre Barrio:
En otro municipio distinto a Bogotá	4	Cual?:
Actualmente no esta empleado ni escolarizado	5	X

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio? _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica

20. Su IPS primaria, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1 X
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2
En Bogotá	3
En otro municipio distinto a Bogotá	4
Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS	5

20. Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria? 10 minutos
20. Le parece que queda: 1. cerca X 2. lejos

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA | FECHA DILIGENCIAMIENTO: DD 09 MM 03 AAAA 2023

FICHA NUMERO: 3165AH | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Jannetth Cano Auxiliar de enfermeria

VIVIENDA
1. UBICACIÓN

ZONA
[✓] Urbana — Municipio: Soacha — Comuna: 2
[ ] Rural — Barrio: La esperanza uno

Vereda: N/D
Dirección: Kr 19 A 1-175 T02 Ap 501
Teléfono/Celular: 3117163541
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Hugo Medrano	2	1		2	1
2 Carmen Rumoa	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19. Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

- [ ] 1 En la misma comuna/corregimiento donde reside
- [ ] 2 En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside — Cual?: _____
- [ ] 3 En Bogotá — Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
- [ ] 4 En otro municipio distinto a Bogotá — Cual?: _____
- [ ] 5 Actualmente no esta empleado ni escolarizado

19.1 Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20. Su IPS primaria, se loculiza:

- [✓] 1 En la misma comuna/corregimiento donde reside
- [ ] 2 En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
- [ ] 3 En Bogotá
- [ ] 4 En otro municipio distinto a Bogotá
- [ ] 5 Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS

20.1 Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 30 minutos
20.2 Le parece que queda: 1. cerca [✓] 2. lejos [ ]

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FOR[illegible]O FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA | FECHA DILIGENCIAMIENTO DD 07 MM 03 AAAA 2023

FICHA NUMERO 31667 H | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA Donneth Cuno Auxiliar Enfermera

VIVIENDA UBICACIÓN

ZONA

Municipio: Soacha

[X] Urbana — Comuna: 2

[ ] Rural — Barrio: El progreso uno

Vereda: N/A
Dirección: Kr 15B4C40T05 APTO L
Teléfono/Celular: 3132991862
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Marcela Mejía	2	1		2	1
2 Juan Alexander Mejía	2	1		2	1
3 Maiber Herrera	2	1		2	1
4 Juan José Cifuentes Mejía	2	1		2	1
5 Maiber Herrera	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19. Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. En Bogotá
4. En otro municipio distinto a Bogotá
5. [X] Actualmente no esta empleado ni escolarizado

Cual?: _____
Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
Cual?: _____

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitito de trabajo/estudio?: _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20. Su IPS primaria, se localiza:

1. [X] En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. En Bogotá
4. En otro municipio distinto a Bogotá
5. Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS

20. Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 20 minutos
20. Le parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

7

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA
FECHA DILIGENCIAMIENTO: DD 08 MM 03 AAAA 2023
FICHA NUMERO 31660 H
NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Danneth Quiroz Auxiliar De Enfermeria
VIVIENDA
UBICACION

ONA
Municipio: Soacha
Urbana
Comuna: Dos
Rural
Barrio: El progreso uno

Vereda: N/A
Direccion: Cr 15 B 4E 10 IO 1 AP 602
Teléfono/Celular: 305 209 37 32
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PROXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Ana Escobar	2	1		2	1
2 Alex Cantero	2	1		2	1
3 Fernando Escobar	2	1		2	1
4 Shaillyn Escobar	2	1		2	1
5 Sandra Cantero Escobar	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19. Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

- En la misma comuna/corregimiento donde reside: 1
- En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside: 2 — Cual? _____
- En Bogotá: 3 — Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
- En otro municipio distinto a Bogotá: 4 — Cual? _____
- Actualmente no esta empleado ni escolarizado: 9 #

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio? _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica

20. Su IPS primaria, se localiza

- En la misma comuna/corregimiento donde reside: 1 ✓
- En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside: 2
- En Bogotá: 3
- En otro municipio distinto a Bogotá: 4
- Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS: 5

20. Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria? 20 minutos

20. Le parece que queda: 1. cerca. ☑ 2. lejos ☐

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

23

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA

FECHA DILIGENCIAMIENTO 10 03 2023 (DD MM AAAA)

FICHA NUMERO 316B4H

NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA Jonneth Chivo Auxiliar Reciclaje

VIVIENDA

1. UBICACIÓN

ZONA

Urbana [x]

Rural [ ]

Municipio: Soacha

Comuna: 20

Barrio: El Progreso uno

Vereda: NA

Dirección: K 19 15B 4C 40 07 AP 161 104.

Teléfono/Celular: 320 891 0713

Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 Minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál? Devolución del IVA	2	1	X				

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Mana Fonseca	2	1 X		2	1
2 Yamile Peña	2	1 X		2	1
3 Manana Peña S	2	1 X		2	1
4 Maria Alejandra Celys	2	1 X		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19. Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1	
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2	Cual?
En Bogotá	3	Nombre Localidad o referencia: Nombre Barrio:
En otro municipio distinto a Bogotá	4	Cual?
Actualmente no esta empleado ni escolarizado	5 X	

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20. Su IPS primaria, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1 X
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2
En Bogotá	3
En otro municipio distinto a Bogotá	4
Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS	5

20. Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 15 minutos

20. Le parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FOR ATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA | FECHA DILIGENCIAMIENTO: DD 07 MM 03 AAAA 2023

FICHA NUMERO 37662A | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA

VIVIENDA

1. UBICACIÓN

ZONA

Municipio: Soacha

[✓] Urbana — Comuna: 003

[ ] Rural — Barrio: La Esperanza

Vereda: N/A

Dirección: Kra 119A 175 To 23 Ap 503

Teléfono/Celular: 312 590 17 00

Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Pedro Lazaro	2	1		2	1
2 Clara Albino	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19. Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

- En la misma comuna/corregimiento donde reside — 1
- En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside — 2
- En Bogotá — 3
- En otro municipio distinto a Bogotá — 4
- Actualmente no esta empleado ni escolarizado — 5 [X]

Cual?: _____

Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____

Cual?: _____

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20. Su IPS primaria, se localiza:

- En la misma comuna/corregimiento donde reside — 1 [X]
- En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside — 2
- En Bogotá — 3
- En otro municipio distinto a Bogotá — 4
- Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS — 5

20. Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 20 minutos

20. Le parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

IMPRESO POR IMPRESOS DELGANTES HOSPITALARIOS NIT

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

2

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA | FECHA DILIGENCIAMIENTO 7-03 2023 (DD / MM / AAAA)

FICHA NUMERO 31663 H | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: Ignneth Auxiliar de enfermeria

VIVIENDA

I. UBICACIÓN

ZONA: [1] Urbana [ ] Rural

Municipio: Soacha

Comuna: 2

Barrio: La esperanza uno

Vereda: N/A

Dirección: KR 7 G A 1-175 TO 2 AP 601

Teléfono/Celular: 3202886138

Distancia en horas a la cabecera Municipal: 20 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1					
b. Programas para el adulto mayor	2	1					
c. Programas de formación del SENA	2	1					
d. Red Juntos- Unidos	2	1					
e. Programas del ICBF	2	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2	1					
g. Ayudas para desplazados	2	1					
h. Otro, ¿cuál?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 Ferley Mendoza	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1
	2	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19. Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. En Bogotá
4. En otro municipio distinto a Bogotá
5. Actualmente no esta empleado ni escolarizado

Cual? _____ Nombre Localidad o referencia _____ Nombre Barrio: Quevalo

Cual? _____

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio? _____ minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20. Su IPS primaria, se localiza:

1. En la misma comuna/corregimiento donde reside
2. En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3. En Bogotá
4. En otro municipio distinto a Bogotá
5. Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS

20. Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria? 90 minutos

20. Le parece que queda: 1. cerca [ ] 2. lejos [ ]