EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN FRANCISCO
CIÉNAGA DE ORO – CÓRDOBA

FORMATO DE ASISTENCIA

CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

DIMENSIÓN: promocion de derechos Sexuales y Reproductivos y equidad de genero

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de tamizaje VIH/Sida charla PSR Metodo anticonceptivos

DIA:	21	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Barrio Prieto	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Ana Meza	Cc	1066731102	3022943896	41	F	M								Y	X				X			X		.ANA MEZA
2	Ana Ramos	Cc	1003456572	3001453137	32	F	M								Y	X				X			X		Ana Ramos
3	oneidys ortiz almanza	Cc	1068666065	3239758886	40	F	M								Y	X				X			X		oneidis ortiz
4	yonet Gaviria Castillo	Cc	1003456411	3239310434	38	F	M								Y	X				X			X		yanet Gaviria
5	Nory Ramos polo	Cc	1068 636566	No Reporta	36	F	M								Y	X				X			X		Nurisramos
6	Gisell castrillo polo	Cc	1068639966	3025522491	19	F	M								Y	Y				X			X		Gisell castillo
7	Gina perez Castillo	Cc	1068662944	3247189791	30	F	M								Y	X			X				X		linamaria
8	liliana Gonzalez pacheco	Cc	1062292667	3145713543	36	F	M								X	X			X				X		liliana G
9	Erneys Molinares	Cc	1003008421	3236918	39	F	M								o	X			X				X		cerlis
10	Efrain Velasco otero	Cc	1003457291	3508344996	36	M	H								N	X			X				X		Efrain

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN FRANCISCO
CIÉNAGA DE ORO – CÓRDOBA

FORMATO DE ASISTENCIA

CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

DIMENSIÓN: promocion de derechos sexuales y Reproductivos y equidad de genero

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de tamizaje VIH/SIDA charla ESR Metodos Anticonceptivos

DIA:	21	MES:	Noviembre	AÑO:	24	UBICACIÓN:	Barrio Pantano	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Mario Nolasco ortiz	cc	1068651453	No Refiere	40	M	H								X	X				X			X		Mario Nolasco
2	Alfonso Nolasco	cc	1010062316	No Refiere	37	M	H								X	X				X			X		Alfonso Nolasco
3	Rosa Ramirez Velasquez	cc	10686607	No Refiere	27	F	M								X	X				X			X		Rosa Ramirez
4	Felicia Maria padilla	cc	25867666	No Refiere	76	F	M								X	X				X			X		Felicia Maria
5	Rosalba Quintana	cc	25876440	No Refiere	50	F	M								X	X				X			X		Rosalba
6	Gloria Nolascos	Ce	23031451	No Refiere	46	F	M								X	X				X			X		Gloria
7	Esther Quintana M	cc	1003457201	No Refiere	34	F	M								X	X				X			X		Esther
8	Jose perez Nolasco	cc	2760896	No Refiere	54	M	H								X	X				X			X		Jose Perez
9	Maria perez	cc	1068668576	No Refiere	34	F	M								X	X				X			X		Maira pe.
10	Yenys perez Yepes	Ce	1068658772	No Refiere	39	F	M								-	X				X			X		Yeny Perez

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN FRANCISCO
CIÉNAGA DE ORO – CÓRDOBA

FORMATO DE ASISTENCIA

CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

DIMENSIÓN: promoción de derechos Sexuales y Reproductivos y equidad de Genero

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de tamizaje VIH/Sida charla DSR Metodos Anticonceptivos

DIA:	21	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Barrio Pinto	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Mario Agola Bedoya	CC	25873044	3112481485	45	F	M								X	X				X			X		María. A Zuluaga
2	Mono perez Lepes	Ce	1068661572	3504897887	34	M	H								X	X				X			X		Maira T.P.
3	Ludys Mendoza Lepes	CC	1007152857	Nohpare	24	F	M								X	X			X				X		Ludis Mendoza
4	Sixta perez Bentelez	Ce	30952411	3040425115	48	F	M								X	X			X				X		Sixta Perez
5	clara Gaviria otoz	Ce	1003457185	3005123540	38	F	M								X	X			X				X		clara Gaviria
6	Ana Heredia Bentez	CC	43896562	3042936416	45	F	M								X	X			X				X		Ana Heredia
7	Teresa Gonzalez ovel.	CC	43896112	3042936116	43	F	M								X	X				X			X		teresa Gonzales
8	Belidis Mendoza Lo	Ce	25878559	3236174609	42	F	M								X	X			X				X		Belidis
9	Nelcy Perez pacheco	Ce	1063694113	3105944496	37	F	M								X	X				X			X		Nelcy Perez
10	Liney pacheco Molsco	CC	1003498402	3001186600	35	F	M								X	X			X				X		Liney pacheco

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

ENTREGA DE PRESERVATIVOS MICROTERRITORIO RURAL: BARRO PRIETO

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUEMNTO	PRIMER APEELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PRODUCTO	CANTIDAD	FIRMA
CC	1066731102	MEZA		ANA	Preservativo	1	ANA MEZA
CC	1003456572	RAMOS		ANA	Preservativo	1	Ana Ramos.
CC	106866065	ORTIZ	ALMANZA	ONEDYS	Preservativo	1	Onedis Ortiz.
CC	1003456411	GAVIRIA	CASTILLO	YANETH	Preservativo	1	yaneth Gaviria.
CC	106865656	RAMOS	POLO	NURIS	Preservativo	1	Nuris Ramos.
CC	1068633996	CASTILLO	POLO	GISELL	Preservativo	1	Gisell Castillo
CC	106866244	PEREZ	CASTILLO	GINA	Preservativo	1	Lina maria
CC	1062292662	GOMEZ	PACHECO	LILIANA	Preservativo	1	Liliana G.
CC	1007508429	MILANEZ		CERLIS	Preservativo	1	Cerlis
CC	1003457291	ORTIZ		EFRAIN	Preservativo	1	[illegible]
CC	1068651953	NOLASCO	ORTIZ	MARIO	Preservativo	1	Mario nolasco
CC	1010062316	MULASCO		ALFONSO	Preservativo	1	ALFONSO mulasco
CC	106866017	RAMIREZ	VELASQUEZ	ROSA	Preservativo	1	Rosa Ramirez
CC	25867666	PADILLA		FELICIA	Preservativo	1	[illegible]
CC	25876440	QUINTANA		ROSALBA	Preservativo	1	Rosalba
CC	23031451	MULASCO		GLORIA	Preservativo	1	gloria
CC	1003457207	QUINTANA		ESTHER	Preservativo	1	Esther
CC	2760896	PEREZ	MULASCO	JOSE	Preservativo	1	Joseperg
CC	1068661572	PEREZ		MARIA	Preservativo	1	maira P.
CC	1068658772	PEREZ	YEPEZ	YENYS	Preservativo	1	Yeny Perez.
CC	258750424	AYOLA	BEDOLLA	MARIA	Preservativo	1	Maria Ayola.

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

CC	1068661572	PEREZ	YEPEZ	MARIO	Preservativo	1	Mario P.
CC	1007152857	MENDOZA	YEPEZ	LUDYS	Preservativo	10	Ludis Mendoza.
CC	50952411	PEREZ	GONZALEZ	SIXTA	Preservativo	10	Sixta Perez
CC	1003457185	GAVIRIA	ORTIZ	CLARA	Preservativo	10	Clara Gaviria
CC	43896562	HEREDIA	BENITEZ	ANA	Preservativo	10	Ana Heredia
CC	43896772	GONZALEZ		TERESA	Preservativo	10	Teresa Gonzalez
CC	25878559	MONTALVO	POLO	BERLIDES	Preservativo	10	Berlides C.
CC	106869418	PEREZ	PACHECO	NELCY	Preservativo	10	Nelcy Perez.
CC	100349848	PACHECO	MULASCO	LINEY	Preservativo	10	Liney Pacheco

ID	Número de identificación del usuario	Primer apellido del usuario	Segundo apellido del usuario	Primer nombre del usuario	Sexo	Fecha prueba para VIH	Resultado de prueba para VIH	Lote	Laboratorio	Fecha Vencimiento
CC	1066731102	MEZA		ANA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1003456572	RAMOS		ANA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	106866065	ORTIZ	ALMANZA	ONEDYS	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1003456411	GAVIRIA	CASTILLO	YANETH	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	106865656	RAMOS	POLO	NURIS	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1068633996	CASTILLO	POLO	GISELL	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	106866244	PEREZ	CASTILLO	GINA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1062292662	GOMEZ	PACHECO	LILIANA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1007508429	MILANEZ		CERLIS	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1003457291	ORTIZ		EFRAIN	M	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1068651953	NOLASCO	ORTIZ	MARIO	M	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1010062316	MULASCO		ALFONSO	M	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	106866017	RAMIREZ	VELASQUE	ROSA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	25867666	PADILLA		FELICIA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	25876440	QUINTANA		ROSALBA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	23031451	MULASCO		GLORIA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1003457207	QUINTANA		ESTHER	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	2760896	PEREZ	MULASCO	JOSE	M	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1068661572	PEREZ		MARIA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1068658772	PEREZ	YEPEZ	YENYS	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	258750424	AYOLA	BEDOLLA	MARIA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1068661572	PEREZ	YEPEZ	MARIO	M	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1007152857	MENDOZA	YEPEZ	LUDYS	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	50952411	PEREZ	GONZALEZ	SIXTA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	1003457185	GAVIRIA	ORTIZ	CLARA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	43896562	HEREDIA	BENITEZ	ANA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	43896772	GONZALEZ		TERESA	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	25878559	MONTALV	POLO	BERLIDES	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22
CC	106869418	PEREZ	PACHECO	NELCY	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22

CC	100349848	PACHECO	MULASCO	LINEY	F	21/11/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-22

	FORMATO	VERSIÓN 01	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	INVITACIÓN	FECHA 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTION DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

Señor(a) Leonardo Ortiz.

ASUNTO:

Cordial Saludo

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO la/lo estamos invitando a

La Realizacion de una Jornada de tamizajes de VIH/Sida dirigida a la Poblacion en los diferentes Cursos de vida que incluye disponibilidad de metodos anticonceptivos, entrega de Preservativos, charla sobre educacion sexual y reproductiva, Planificacion Familiar derechos sexuales y reproductivos

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo 2024 celebrado SS-016-2024 entre la Gobernación de Córdoba Y la E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO vigencia 2024. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comunidad a la actividad en mención, que se realizará el:

Día: 01- Dic / 2024.
Lugar: Timbres
Hora: 02:00 Pm

Esperamos su asistencia.

Cordialmente,

Aida Liz Espitalta e.
Profesional Responsable de la Actividad
C.C. 1060 007 871.

Leonardo Ortiz
Representante de la Comunidad
C.C. 1068.659.099

	ACTA DE CONCERTACIÓN	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**
	CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 25 del mes Noviembre del año 2024 se reunieron Aida Luz Capitalcto C. representante de la ESE Hospital San Francisco Ciénaga de Oro y Leonardo Villar. representante de Comunidad Rimbas. de la zona Rural del municipio de Ciénaga de Oro con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-016-2024 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco Ciénaga de Oro y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Desarrollar una jornada de tamizajes de VIH/SIDA dirigida a los diferentes cursos de vida disponibilidad de metodos anticonceptivos, entrega de Preservativos Charlas de educacion sexual y reproductiva Planificacion familiar; DSR.	Dimension sexual y reproductiva	01 de DIC 2024	tamizajes Preservativos Guardian Mesas sillas Mantel Consentimiento informado Lancetas Rotafolio Actas de Reunion Concertacion certificacion.	- medico - enfermera - Auxiliares.	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Leonardo Villar R.	Nombre:	Aida luz Capitalcto C.
Cedula de ciudadanía:	1.068.689.099	Cedula de ciudadanía:	1065007 871
Entidad:	Rimbas C.	Entidad:	ESE Hosp. San Francisco
Numero de contacto	301. 164 20 52	Numero de contacto	320 589 48 18
Firma:		Firma:	

	FORMATO	VERSIÓN 02	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	ACTA DE REUNIÓNES SALUD PÚBLICA	FECHA 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTION DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Rumbras	Hora de Inicio: 02:00 PM
Fecha 07 DIC / 2024	Hora de Finalización: 06:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una jornada sobre VIH/SIDA, tamizajes que incluyan disponibilidad de metodos de anticoncepcion educacion sexual y reproductiva, Planificacion familiar derechos sexuales y reproductivos.

Desarrollo de la Reunión

se da inicio en la jornada con la Presentacion del equipo PIC, medico, enfermera y auxiliares, se Procede con la charla haciendo enfasis en la importancia de la Prevencion y importancia de la realizacion del tamizaje, derechos sexuales y reproductivos, metodos de anticoncepcion, se Procede a socializar el consentimiento informado y se inicia a la toma de muestras Para el tamizaje e individualmente se hace entrega de los resultados, entrega de Preservativos, se realizan los agradecimientos y despedida.

Conclusiones

la actividad se desarrollo adecuadamente sin atraso alguno.

Recomendaciones

Continuidad de las actividades

Responsables de la Actividad

Ada de Castro e.

	FORMATO	VERSIÓN 01	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CERTIFICACIÓN	FECHA 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTION DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE

Yo, Leonardo Villar., identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 1068 639 092, en representación del comunidad Tumbres., certifico que la E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO realizó:

una jornada de tamizajes de VIH -/SIDA, dirigida a la Poblacion en los diferentes Cursos de Vida, que incluye disponibilidad de metodos anticonceptivos, entrega de Preservativos, charlas sobre educacion sexual y reproductiva, Planificacion Familiar y derechos sexuales y reproductivos.

Durante la actividad se garantizó la entrega de refrigerio saludable e insumos para las dinámicas. Si ☑ NO ☐

Para constancia se firma en C de ORO a los 01 días del mes de Diciembre. del 2024.

NOMBRE Y APELLIDOS Leonardo Villar M

FIRMA

CELULAR 301. 164 2052

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

JORNADA N° 5

Nombre de la actividad	Desarrollar dos (02) jornadas mensuales en el micro territorio rural con asistencia mínima de treinta (30) personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez) TAMIZAJES – VIH-DSR-SSR
Lugar de la actividad	Mimbres
Fecha de la actividad	01 DE DICIEMBRE DE 2024
Población intervenida	juventud, adultez y vejez











EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO CIÉNAGA DE ORO – CÓRDOBA	FORMATO DE ASISTENCIA CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

comunidad

DIMENSIÓN: Promocion de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de tamizajes visual/OA charla DSR, metodos de anticoncepcion. Planificacion familiar

DIA:	01	MES:	Diciembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Nimbres.	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Antonela Naranjo		1068664267	3005685979	32	f	M								X	X			X			X	X		Antonela Naranjo
2	Aileth celestino		1068658826	3148415615	25	f	M								X	X				X			X		Aileth celestino
3	Ledis Polo Medina		25074981	3106025212	58	f	M								X	X				X			X		Ledis Polo
4	Patricia Mendoza Ramos		50919773	3145151618	47	f	M								X	X				X			X		Patricia M
5	Maria Tordecilla Regino		1007152439	3127923454	25	f	M								X	X				X			X		Maria Tordecilla
6	Tatiana Rambao Maquilla		1003206111	3116361840	31	f	M								X	X			X			X	X		Tatiana Rambao
7	María Castillo Avilez		1003206068	3003328159	23	f	M								X	X			X			X	X		MariaCamilaCastillo
8	Silvina Buelvas Lopez		1007152410	3126231393	37	f	M								X	X			X			X	X		Silvina Buelvas
9	Teresa Polo Arango		25867003	3114182053	45	f	M								✓	X				X			✓		TERESA POLO
10	Sandra Ibañez S.		25878862	3054020783	39	f	M								X		X			X			✓		Sandra Ibañez

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO CIÉNAGA DE ORO – CÓRDOBA	FORMATO DE ASISTENCIA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024	

DIMENSIÓN: Promocion de drechos sexuales y reproductivos y equidad de Genero

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: jornadas de tamizajes VIH/SIDA, Charla DSR_metodos de anticoncepcion, Planificacion familiar

DIA:	01	MES:	Diciembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Nimbra.	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Jenifer padilla	cc	1004349455	3007537031	30	f	M								x	x			x			x	x		Jenifer Padilla
2	Mirella Padilla	cc	1004349437	3106570038	29	f	M								x		x		x		x		x		Mirella Padilla G.
3	Britney Martinez	cc	1065212559	3045335206	20	f	M								x	x				x			x		Britney Martinez
4	Eva Martinez V	cc	1068658936	3045335706	41	f	M								x	x				x			x		Eva Martinez V.
5	Carmen Vilaria	cc	1068657701	3113544159	32	f	M								x	x				x			x		Carmen Vilaria
6	Aura Perez Vega	cc	1068667929	3113421514	18	f	M								x	x				x			x		Aura Perez Vega
7	Marta chica	cc	25876412	3023653014	49	f	M								x	x				x			x		cuarto clinico
8	Merlis Argumedo	cc	1068658503	3217033065	37	f	M								x	x				x			x		Merlis Argumedo
9	Yerica Hernandez	cc	1068662294	3235076458	34	f	M								x	x				x			x		Yerica Hernandez
10	Yoselin Sevillano	cc	1140888573	3208978599	28	f	M								x	x				x			x		

Cómoli

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO CIÉNAGA DE ORO – CÓRDOBA	FORMATO DE ASISTENCIA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024	

DIMENSIÓN: Promocion de derechos sexuales y reproductivos y equidad de Genero

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornadas de Tamizajes VIH/SIDA, charla DSR, metodos de anticoncepcion, Planificacion Familiar

DIA:	01	MES:	Diciembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Timbre	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Vilma Avilez Zuniga	cc	25871977	3103068610	45	f	M								X	x				x			x		Vilma Avilez
2	Genesis Avilez Zuniga	cc	25821452	3103088610	48	f	M								x	x				x			x		Genesis Avilez
3	Juliana Cordero	cc	1003206316	3219410258	21	f	M								x	x				x			x		Juliana C
4	Blanca Celina Gonzalez	cc	26173337	3124758130	47	f	M								x	x				x			x		Blanca Celina
5	Carmen Flora A	cc	25876412	3216709228	48	F	M								X	x				x			x		Carmen Flora
6	Diana Salgado A	cc	25876865	3206240834	44	F	M								x	x				x			x		Diana Salgado A
7	Sandra Salgado A	cc	1068656100	3206240874	39	F	M								x	x				x			x		Sandra Salgado A.
8	Hanlly Montes H	cc	1068660991	3012554154	35	F	M								X	x				x			x		Hanlly Montes Hoyos
9	Milena Mercado	cc	1065292243	3043669739	42	F	M								x	x			x			x	x		Milena Mercado
10	Yenis Palacio B	cc	25876897	3128455003	49	F	M								x	x				x			x		Yenis palacio

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

ENTREGA DE PRESERVATIVOS MICROTERRITORIO RURAL: MIMBRE 1

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUEMNTO	PRIMER APEELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PRODUCTO	CANTIDAD	FIRMA
CC	25871937	AVILEZ	ZUÑIGA	VILMA	Preservativo	1	Vilma Avilez.
CC	25871452	AVILEZ	ZUÑIGA	GENESIS	Preservativo	1	Genesis Avilez
CC	1003206310	CORDERO		YULIANA	Preservativo	1	YULIANA C.
CC	26173337	GALVAN		BLASINA	Preservativo	1	Blasina Galv.
CC	25876412	FLOREZ		CARMEN	Preservativo	1	Carmen Flore.
CC	25876865	SALGADO		DIANA	Preservativo	1	Diana Salgado A.
CC	106856100	SALGADO		SANDRA	Preservativo	1	Sandra Salgado A.
CC	1068660991	MONTES		HANLLY	Preservativo	1	Hanlly Montes A.
CC	1065292243	MERCADO		MILENA	Preservativo	1	Milena Mercado
CC	25876897	PALACIO		YENIS	Preservativo	1	Yenis Palacio
CC	100434945	PADILLA		JENIFER	Preservativo	1	Jenifer Padilla
CC	1004349437	PADILLA		MIRELLA	Preservativo	1	Mirella Padilla B.
CC	1065292559	MARTINEZ		BRITNEY	Preservativo	1	Britney Martinez.
CC	1068658936	MARTINEZ		EVA	Preservativo	1	Eva Martinez V
CC	1068657701	VILORIA		CARMEN	Preservativo	1	Carmen Viloria.
CC	1068667929	PEREZ	VEGA	AURA	Preservativo	1	Aura Perez Vega.
CC	20876412	CHICA		MARTHA	Preservativo	1	Martha Chica
CC	1068658503	ARGUMEDO		MERLIS	Preservativo	1	Merlis Argumedo
CC	1068662294	HERNANDEZ		YESICA	Preservativo	1	Yesica Hernandez
CC	1140888573	SEVILLANO		JOSELIN	Preservativo	1	Josel.
CC	1065664267	NARANJO		ANTONELA	Preservativo	1	Antonela Naranjo
CC	1068658826	CELESTINO		ARLETH	Preservativo	1	Arleth Celestino.

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

CC	25074781	POLO	MEDINA	LEDIS	Preservativo	1	Ledis Polo
CC	50919773	MENDOZA	RAMOS	PATRICIA	Preservativo	1	Patricia M.
CC	1007152439	TORDECILLA	REGINO	MARIA	Preservativo	1	Maria Tordecilla.
CC	1003206111	RAMBAO	MARTINEZ	TATIANA	Preservativo	1	Tatiana Rambao.
CC	1003206068	CASTILLO	AVILEZ	MARIA	Preservativo	1	Maria camila Castillo.
CC	1007152410	BUELVAS	LOPEZ	SILVIA	Preservativo	1	Silvia Buelvas.
CC	25867003	POLO	URANGO	TERESA	Preservativo	1	Teresa Polo
CC	25878862	IBAÑEZ		SANDRA	Preservativo	1	Sandra Ibañez.

ID	Número de identificación del usuario	Primer apellido del usuario	Segundo apellido del usuario	Primer nombre del usuario	Sexo	Fecha prueba para VIH	Resultado de prueba para VIH	Lote	Laboratorio	Fecha Vencimiento
CC	25871937	AVILEZ	ZUÑIGA	VILMA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	25871452	AVILEZ	ZUÑIGA	GENESIS	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1003206310	CORDERO		YULIANA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	26173337	GALVAN		BLASINA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	25876412	FLOREZ		CARMEN	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	25876865	SALGADO		DIANA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	106856100	SALGADO		SANDRA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1068660991	MONTES		HANLLY	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1065292243	MERCADO		MILENA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	25876897	PALACIO		YENIS	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	100434945	PADILLA		JENIFER	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1004349437	PADILLA		MIRELLA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1065292559	MARTINEZ		BRITNEY	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1068658936	MARTINEZ		EVA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1068657701	VILORIA		CARMEN	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1068667929	PEREZ	VEGA	AURA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	20876412	CHICA		MARTHA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1068658503	ARGUMEDO		MERLIS	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1068662294	HERNANDEZ		YESICA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1140888573	SEVILLANO		JOSELIN	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1065664267	NARANJO		ANTONELA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1068658826	CELESTINO		ARLETH	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	25074781	POLO	MEDINA	LEDIS	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	50919773	MENDOZA	RAMOS	PATRICIA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1007152439	TORDECILL	REGINO	MARIA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1003206111	RAMBAO	MARTINEZ	TATIANA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1003206068	CASTILLO	AVILEZ	MARIA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	1007152410	BUELVAS	LOPEZ	SILVIA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025
CC	25867003	POLO	URANGO	TERESA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025

CC	25878862	IBAÑEZ		SANDRA	F	1/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	24-112025

	FORMATO	VERSIÓN 01	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	INVITACIÓN	FECHA 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTION DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

Señor(a)

ASUNTO:

Cordial Saludo

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO la/lo estamos invitando a

la realizacion de una jornada de tamizajes VIH/SIDA dirigido a la Poblacion en los diferentes ciclos de vida que incluye disponibilidad de metodos anticonceptivos, entrego de Preservativos, charla sobre educacion sexual y reproductiva, Planificacion Familiar, derechos sexuales y reproductivos.

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo 2024 celebrado SS-016-2024 entre la Gobernación de Córdoba Y la E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO vigencia 2024. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comunidad a la actividad en mención, que se realizará el:

Día: 02 - Diciembre / 2024
Lugar: Nimbres
Hora: 02:00 Pm

Esperamos su asistencia.

Cordialmente,

Aida luz capitanio e.
Profesional Responsable de la Actividad
C.C. 1062 007 871.

Geis del Pilar Pavas
Representante de la Comunidad
C.C. 25876828

	ACTA DE CONCERTACIÓN	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 25 del mes Noviembre del año 2024 se reunieron Aida luz estrtaleta carvajal representante de la ESE Hospital San Francisco Ciénaga de Oro y Gels del Pilar Ramos representante de la Comunidad de mimbres. de la zona Rural del municipio de Ciénaga de Oro con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-016-2024 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco Ciénaga de Oro y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Desarrollar una Jornada de tamizajes de VIH/SIDA, dirigida a los diferentes Curso de vida disponibilidad de metodos de anticoncepcion entrega de Preservativos Charlas de educacion sexual y Reproductiva Planificacion Familiar y Derechos sexuales y reproductivos.	Dimension sexual y reproductiva	02 de Diciembre 2024	tamizajes Preservativos Guardian Toallas aseo Frontal Consentimientos Informados lancetas Rotafolios Actas de reunion concertacion Certificacion	-Medico -Enfermera -Auxiliares.	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Gels del Pilar Ramos	Nombre:	Aida luz estrtaleta c.
Cedula de ciudadania:	25876828	Cedula de ciudadania:	1065 007 871
Entidad:	CDI Mimbres	Entidad:	ESE Hosp. San Francisco.
Numero de contacto	3213390479	Numero de contacto	320 589 43 15
Firma:		Firma:	

	FORMATO	VERSIÓN 02	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	ACTA DE REUNIÓNES SALUD PÚBLICA	FECHA 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTION DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Rumbres.	Hora de Inicio: 02:00 Pm
Fecha 02- Diciembre / 2024	Hora de Finalización: 06:00 Pm

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una jornada sobre VIH/SIDA, tamizajes que incluyan disponibilidad de metodos de anticoncepcion educacion sexual y reproductiva, Planificacion familiar derechos sexuales y reproductivos.

Desarrollo de la Reunión

se da inicio en la jornada con la presentacion del equipo PIC, medico, enfermera y auxiliares, se procede con la charla haciendo enfasis en la importancia de la prevencion y importancia de la realizacion del tamizaje, derechos sexuales y reproductivos metodos de anticoncepcion, se procede a socializar el consentimiento informado y se inicia a la toma de muestras para el tamizaje e individualmente se hace entrega de los resultados, entrego de preservativos, se realizan dos agradecimientos y despedida.

Conclusiones

la actividad se desarrollo en la hora estipulada con el numero de asistentes que se requieren.

Recomendaciones

continuidad de las actividades.

Responsables de la Actividad

Aida Luz Estrada e.

	FORMATO	VERSIÓN 01	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CERTIFICACIÓN	FECHA 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTION DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE

Yo, Eris del Pilar Ramos, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 25 876 828, en representación del Comunidad de Timbres., certifico que la E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO realizó:

una jornada de tamizajes de VIH/SIDA dirigida a la Poblacion en los diferentes cursos de vida, que incluye disponibilidad de metodos anticonceptivos, entrega de preservativos charlas sobre educación sexual y reproductiva Planificacion familiar y derechos sexuales y reproductivos.

Durante la actividad se garantizó la entrega de refrigerio saludable e insumos para las dinámicas. Si ☐ NO ☐

Para constancia se firma en Cienaga de Oro a los 02 días del mes de Diciembre del 2024.

NOMBRE Y APELLIDOS Eris Ramos P

FIRMA Eris Ramos P

CELULAR 321 329 0479

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

JORNADA N° 6

Nombre de la actividad	Desarrollar dos (02) jornadas mensuales en el micro territorio rural con asistencia mínima de treinta (30) personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez) TAMIZAJES – VIH-DSR-SSR
Lugar de la actividad	Mimbres
Fecha de la actividad	02 DE DICIEMBRE DE 2024
Población intervenida	juventud, adultez y vejez











EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO CIÉNAGA DE ORO – CÓRDOBA	FORMATO DE ASISTENCIA CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

DIMENSIÓN: Promocion de derechos sexuales y reproductivos, equidad de Genero.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornadas de tamizajes VIH/SIDA, charlas de DSR, metodos de anticoncepcion, Planificacion familiar.

DIA:	02	MES:	Diciembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Nimbres	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Cesy Parra Belen̈o		1003458061	3122847988	29	f	M								Y	x				x			x		CesyParra B
2	Victoria Perdomo G.		25863450	3127176767	45	f	M								x	x				x			x		Victoria
3	Yarley Guzman		1143151578	3113550749	29	f	M								x	x				2			1		Yarley Guzmán
4	Carmen Cogollo M		1064992677	8131377	34	f	M								x	x				x			1		Carmen Cogollo
5	Bertha Perez Villalba		1003455853	3135642764	24	f	M								x	x				(			x		Bertha Perez
6	Carmen Regino Lopez		1071352540	3127397417	30	f	M								x	x				x			x		Carmen Regino
7	Katy leon Vergara		1065293378	3147370112	25	f	M								Y	x				x			x		Katy León
8	Iseth Caraballo P		1068661093	3218502011	19	f	M								x	x				x			x		Iseth Caraballo
9	Marielis Caraballo		1066720660	3226281772	38	f	M								x	x				x			4		Marielis C.
10	Valentina Pantoja		1068669663	3138550011	18	f	M								x	x				x			x		Valentina Pantoja

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO CIÉNAGA DE ORO – CÓRDOBA	FORMATO DE ASISTENCIA CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

DIMENSIÓN: Promocion de derechos sexuales y reproductivos, equidad de Genero

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: jinadas de tamizajes VIH/SIDA, charlas de DSR, metodos de anticoncepcion, Planificación familiar.

DIA:	02	MES:	Diciembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Tumbres.	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Maira Narvaez Ayala	CC	1133749702	3127919036	38	M	F	X							X	X				X			X		Maira Narvaez
2	Maria Gonzalez Naranjo	CC	1065293040	3227800171	24	M	F								X	X				X			X		Maria Gonzalez.
3	Dayana Barja Simanca	CC	1003457254	3043121669	23	M	F	X								X				X			X		Dayana Barja.
4	Deysi De Hoyos	CC	1068664150	3243645715	32	M	F								X	X				X			X		Deysi De Hoyos
5	Ana luna Cassiani	CC	1003206862	3147335865	21	M	F								X	X				X			X		Ana luna
6	Leandris Lora Quiñones	CC	1065293857	3148023760	18	M	F								X	X				X			X		Leandri lora.
7	Diana Argumedo M	CC	25878657	3126462348	41	M	F								X	X				X			X		Diana Argumedo M
8	Angelica Sierra Sierra	CC	1065293475	3215921315	19	M	F								X	X				X			X		Angelica Sierra
9	Karla Ramos Morelo	CC	1064990670	3025458547	21	M	F								X	X				X			X		Karla Ramos
10	Natalia De Hoyos Baron	CC	1064992014	3127188695	19	M	F								X	X				X			X		Natalia De Hoyos

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN FRANCISCO
CIÉNAGA DE ORO - CÓRDOBA

FORMATO DE ASISTENCIA

CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

DIMENSIÓN: Promocion de derechos sexuales y reproductivos y equidad de Genero

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornadas de tamizajes VIH/SIDA, charlas de DSR, metodos de anticoncepcion Planificacion familiar.

DIA:	02	MES:	Diciembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Nimbres	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Angela Gutierrez	cc	1147958110	3114067024	19	f	M								X	x				x			x		x Angelica Gutierrez
2	Andrea Esquivia	cc	1065292692	3136922692	21	f	M								X	x				x			x		x Andrea Esquivia
3	Enith López Martinez	cc	1037469559	3234947551	36	f	M								X	x				x			x		Enith López
4	Yiseth Bravo	cc	1037477886	3146862722	18	f	M								Y	x				x			x		Yiseth Bravo
5	Rosa Ruiz	cc	1003457832	3232941064	25	f	M								Y	x				x			x		x Rosa Ruiz
6	Diana Arzuaga	cc	25878657	3126462348	41	f	M								X	x				x			x		x Diana Arzuaga
7	Orlis Hoobad	cc	1068667716	3125280459	29	f	M								V	x				x			x		Orlis Madrid F.
8	Michael Naranjo	cc	1064990693	3001365969	18	f	M								Y	x				x			x		x Michael Naranjo
9	Yineth Ortiz	cc	1067968826	3119419334	21	f	M								X	x				x			x		x Jineth Ortiz
10	Benyi Diaz	cc	1138025934	3233320912	18	f	M								X	x				x			x		x Benyi Diaz

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

ENTREGA DE PRESERVATIVOS MICROTERRITORIO RURAL: MIMBRE 2

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUEMNTO	PRIMER APEELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PRODUCTO	CANTIDAD	FIRMA
CC	114795811	GUTIERREZ		ANGELA	Preservativo	1	Angela Gutierrez
CC	1065292692	ESQUIVIA		ANDREA	Preservativo	1	Andrea Esquivel.
CC	1037469559	LOPEZ		ENIT	Preservativo	1	Enith Lopez
CC	1037469559	BRAVO		YISETH	Preservativo	1	Yiseth Bravo.
CC	1003457832	RUIZ		ROSA	Preservativo	1	Rosa Ruiz.
CC	25877639	CORONADO		TATIANA	Preservativo	1	Tatiana
CC	1068667716	MADRID		ORLIS	Preservativo	1	Orleys Madrid T.
CC	1064990693	NARANJO		MICHEL	Preservativo	1	Michel Naranjo.
CC	1067968826	ORTIZ		YIRETH	Preservativo	1	Yireth Ortiz
CC	1138075934	DIAZ		BENY	Preservativo	1	Beny Diaz.
CC	1003458068	PARRA	BELEÑO	CESY	Preservativo	1	Cesy Parra B
CC	25867450	PERDOMO		VICTORIA	Preservativo	1	Victoria.
CC	1143451528	GUZMAN		YARLEY	Preservativo	1	Yarley Guzman
CC	1064992673	COGOLLO		CARMEN	Preservativo	1	Carmen Cogollo.
CC	1003457953	PEREZ	VILLALBA	BERTHA	Preservativo	1	Bertha Perez.
CC	1071362540	REGINO	LOPEZ	CARMEN	Preservativo	1	Carmen Regino.
CC	1065293378	LEON	VERGARA	KATY	Preservativo	1	Katy Leon
CC	1068661073	CARABALLO		LISETH	Preservativo	1	Lisbeth Caraballo.
CC	1068669663	PANTOJA		VALENTINA	Preservativo	1	Valentina C.
CC	1133749202	NARVAEZ	AYALA	MAIRA	Preservativo	1	Valentina Parra
CC	1065293040	GONZALEZ	NARANJO	MARIA	Preservativo	1	Maria Gonzalez
CC	1003457254	BORJA	SIMANCA	DAYANA	Preservativo	1	Dayana Borja

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

CC	1068664150	DE HOYOS		DEISY	Preservativo	1	Deysi De Hoyos
CC	1003206862	LUNA		ANA	Preservativo	1	Ana Luna
CC	1065293857	LUNA	QUIÑONES	LEANDRI	Preservativo	1	Leandry Luna
CC	25878657	ARGUMEDO		DIANA	Preservativo	1	Diana Argumedo
CC	1065293475	SIERRA		ANGELINA	Preservativo	1	Angelica Sierra.
CC	1064990670	RAMOS	MORELO	KARLA	Preservativo	1	Karla Ramos
CC	1064992014	DE HOYOS	BARON	NATALIA	Preservativo	1	Natalia De Hoyos
CC	1066720660	CARABALLO		MAYERLIS	Preservativo	1	Mayerlis Caraballo

ID	Número de identificación del usuario	Primer apellido del usuario	Segundo apellido del usuario	Primer nombre del usuario	Sexo	Fecha prueba para VIH	Resultado de prueba para VIH	Lote	Laboratorio	Fecha Vencimiento
CC	114795811	GUTIERREZ		ANGELA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1065292692	ESQUIVIA		ANDREA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1037469559	LOPEZ		ENIT	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1037469559	BRAVO		YISETH	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1003457832	RUIZ		ROSA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	25877639	CORONADO		TATIANA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1068667716	MADRID		ORLIS	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1064990693	NARANJO		MICHEL	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1067968826	ORTIZ		YIRETH	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1138075934	DIAZ		BENY	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1003458068	PARRA	BELEÑO	CESY	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	25867450	PERDOMO		VICTORIA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1143451528	GUZMAN		YARLEY	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1064992673	COGOLLO		CARMEN	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1003457953	PEREZ	VILLALBA	BERTHA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1071362540	REGINO	LOPEZ	CARMEN	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1065293378	LEON	VERGARA	KATY	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1068661073	CARABALLO		LISETH	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1068669663	PANTOJA		VALENTINA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1133749202	NARVAEZ	AYALA	MAIRA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1065293040	GONZALEZ	NARANJO	MARIA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1003457254	BORJA	SIMANCA	DAYANA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1068664150	DE HOYOS		DEISY	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1003206862	LUNA		ANA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1065293857	LUNA	QUIÑONES	LEANDRI	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	25878657	ARGUMEDO		DIANA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1065293475	SIERRA		ANGELINA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1064990670	RAMOS	MORELO	KARLA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24
CC	1064992014	DE HOYOS	BARON	NATALIA	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24

CC	1066720660	CARABALLO		MAYERLIS	F	2/12/2024	NEGATIVO	F1220U8E03D	CTK BIOTECH	2025-11-24

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

ACTIVIDAD 4.4

REALIZAR UNA (01) VISITA MENSUAL A QUINCE (15) GESTANTES Y SU FAMILIA EN EL DOMICILIO DEL MICROTERRITORIO RURAL EN LA QUE SE BRINDE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA, ALERTAS TEMPRANAS, IMPORTANCIA DE ACUDIR AL CONTROL PRENATAL, CUIDADOS DEL EMBARAZO, ALIMENTACIÓN SALUDABLE MEDIANTE UN ROTAFOLIO. ADEMÁS, SE DEBE VERIFICAR ASISTENCIA A CONTROLES PRENATALES, CITAS CON ESPECIALISTAS, VACUNACIÓN, EXÁMENES DE LABORATORIO. SE DEBE TOMAR SIGNOS VITALES Y CLASIFICAR RIESGO OBSTÉTRICO, RIESGO DE PRECLAMSIA. ESTAS VISITAS DEBEN SER EJECUTADAS POR MÉDICO Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA. ROTAFOLIO, EQUIPO DE ÓRGANOS,

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

- ✓ 4.4 Realizar una (01) visita mensual a quince (15) gestantes y su familia en el domicilio del microterritorio rural en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio. Se debe tomar signos vitales y clasificar riesgo obstétrico, riesgo de preclamsia. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.
  Rotafolio, equipo de órganos

- ✓ **OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:**

Realizar una (01) visita mensual a quince (15) gestantes y su familia en el domicilio

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	<60
1	28 y 29 de octubre 2024	El Siglo	15					2	10	3	
2	29 y 30 de octubre de 2024	El Siglo	15					2	10	3	
3	10 al 13 de noviembre de 2024	El Siglo	15					2	10	3	
4	1 al 3 de diciembre de 2024	El Siglo	15					2	10	3	
	TOTAL		15					2	10	3	0

POBLACIÓN BENEFICIADA: mujeres embarazadas

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Inicialmente se realiza el primer acercamiento via telefónica con cada una de las mujeres embarazadas y de esta manera coordinar la visita en su domicilio, ya realizada una concertación y cronograma de visitas se procede a llegar hasta el domicilio de cada una de las gestantes donde se inicia con la presentación del grupo y objetivo de la visita, se realiza una serie de preguntas para llenar la ficha, y posteriormente se procede a realizar un examen físico haciendo uso de los implementos necesarios. Al finalizar se programan las próximas visitas sucesivamente.

TEMAS DESARROLLADOS:

Información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante

METODOLOGIA:

Educativa

FUENTES DE INFORMACIÓN

Ministerio de salud y protección social

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf

. INSTRUMENTOS TÉCNICOS UTILIZADOS

- ✓ Registro Fotografías.
- ✓ Actas
- ✓ Registros de asistencia
- ✓ Rotafolio
- ✓ Transporte
- ✓ 1 Equipo de organos
- ✓ 1 Balanza digital
- ✓ 1 cinta metrica
- ✓ 1 tensiometro
- ✓ 1 fonendoscopio
- ✓ 1 pulsioximetro
- ✓ 1 tallimetro
- ✓ 1Termometro digital

- ✓ **LOGROS:**
  Se logra realizar las actividades propuestas y programadas satisfactoriamente
- ✓ **DIFICULTADES:**
  Ninguna.
- ✓ **RECOMENDACIONES:**
  Seguir realizando con más frecuencia estas actividades proporcionando cada vez cobijar mayor cantidad de población

CONCLUSIONES:

La actividad es de interés para las gestantes al recibir este tipo de atención en su domicilio y involucrar a los miembros de la familia.

- ✓ **SOPORTES ACTAS, PLANILLAS DE ASITENCIA, FOTOGRAFÍAS, LINK, CERTIFICACIONES, MODELO DE IMPRESOS (CARTILLAS, ROTAFOLIOS, PENDONES ETC) :**

	FORMATO	VERSIÓN 01	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	INVITACIÓN	FECHA 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTION DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

Señor(a) Cleyd

ASUNTO:

Cordial Saludo

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO la/lo estamos invitando a

Cuentos jornadas dirigidas a 15 gestantes y sus familias en la cual se brindará Preformación y educación en signos de alarmas, dieta, temperamos, importancia de acudir al control prenatal, cuidado del embarazo, alimentación saludable entre otros.

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo 2024 celebrado SS-016-2024 entre la Gobernación de Córdoba Y la E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO vigencia 2024. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comunidad a la actividad en mención, que se realizará el:

Día: 25-10-2024
Lugar: El salón.
Hora: 8:00 am

Esperamos su asistencia.

Cordialmente,

Profesional Responsable de la Actividad
C.C. 78694129

Filadelfo Saviego
Representante de la Comunidad
C.C. 78730628

	FORMATO	VERSIÓN 01	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CERTIFICACIÓN	FECHA 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTION DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE

Yo, FILADELFO SAVIEGO., identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 78730628., en representación del Vereda el Rayo., certifico que la E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO realizó:

Cuatro jornadas. dirigidas a las gestantes y familiares en la cual se brindo información y educación en signos de alarma; alertar tempranas. por perfanen de acuerdo al control prenatal, entre otro

Durante la actividad se garantizó la entrega de refrigerio saludable e insumos para las dinámicas. Si ☐ NO ☒

Para constancia se firma en El Rayo. a los 3. días del mes de Diciembre. del 2024.

NOMBRE Y APELLIDOS Filadelfo Saviego C

FIRMA Filadelfo Saviego C

CELULAR

	ACTA DE CONCERTACIÓN **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO N° SS-016-2024**	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 25 del mes octubre del año 2024 se reunieron Rafael Bechara representante de la ESE Hospital San Francisco Ciénaga de Oro y Filadelfo Suriego representante de la vereda El Aguacate de la zona rural del municipio de Ciénaga de Oro con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-016-2024 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco Ciénaga de Oro y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Visita 1 gestantes y familiares.	Derechos sexuales.	28 y 29 de oct 2024.	Rotafolio Equipos de organ.	Medico Enfermera	
Visita 2. gestantes y familia		29 y 30 Oct 2024.	- Balanza. - Cinta metrica - fusiometro. - Fonendoscopio		
Visita 3 gestantes y familia.		10-13 nov-2024	- pulsioximetro - Tensiometro. - formulario digital		
Visita 4 a gestantes y familia		1-3 de Dic. 2024			

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Filadelfo Suriego	Nombre:	Rafael Bechara A
Cedula de ciudadanía:	78730628	Cedula de ciudadanía:	7869419
Entidad:		Entidad:	ESE San Francisco
Numero de contacto		Numero de contacto	3046352206
Firma:		Firma:	

	FORMATO	VERSIÓN 02	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	ACTA DE REUNIÓNES SALUD PÚBLICA	FECHA 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTION DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: El Siglo.	Hora de Inicio: 9:00 am.
Fecha 25-10-2024.	Hora de Finalización: 11:00am.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar reunión para coordinar fechas de visitas a gestantes y garantizar el éxito de las actividades, las cuales estarán centradas en brindar información y educación sobre signos de alarma, alertas tempranas, comportamiento del control prenatal entre otros.

Desarrollo de la Reunión

- Establecimiento de fechas para realizar visitas
- Presentación del propósito de la actividad
- Muestra del contenido a desarrollar
- Información de recursos a utilizar

Conclusiones

La actividad está orientada a promover el bienestar materno y prevenir complicaciones durante el embarazo mediante la educación y el acompañamiento.

Recomendaciones

Adaptar la información recibida a las necesidades específicas de cada gestante. Según el estado de salud y condición social.

Responsables de la Actividad

Rafael Bullon Brigel,
CC 78694129

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

VISITAS NUMERO 1

Actividad	Visitas a gestantes y familiares para brindar Información y educación en signos de alarma, alertas temprana e importancia de asistir al control prenatal
Lugar	El Siglo
Fecha	Del 28 de octubre al 29 de octubre de 2024

EMBARAZADA # 1











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 28-oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Damaris Flores
Tipo identificación: cc Numero identificación: 1003457238
Edad: 24 Dirección/Barrio V/ El siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO_____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352006

Danilis Flores
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003458238
Teléfono 3104904089

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 2







	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 28-oct /2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Luisa Fernanda Fuentes
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1065 293 100
Edad: 22 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI ____NO X
Se aplico la vacuna del tétano SI _____ NO X
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

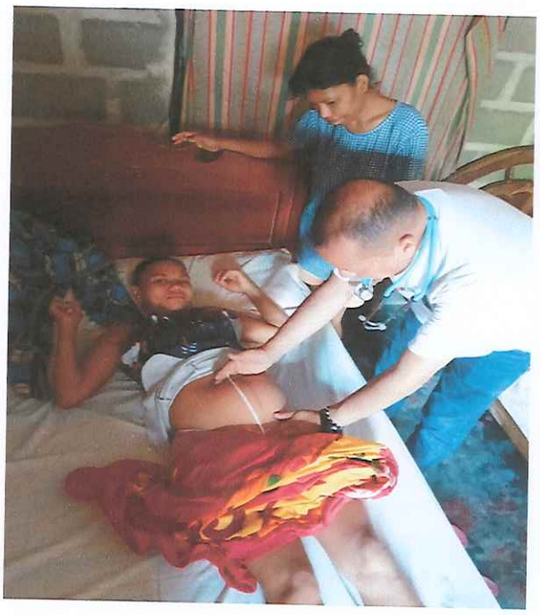
Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Luisa fernanda Santos M
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1065293100
Teléfono 3104628942

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 3











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 28 oct 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yinetin Florez
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1068665504
Edad: 31 Dirección/Barrio V/sl siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [x] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

Mensualmente
x Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
x Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

x Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

x Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

x Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Yiselis Florez
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1068665504
Teléfono 3116562063

Firma profesional
Cedula
Teléfono

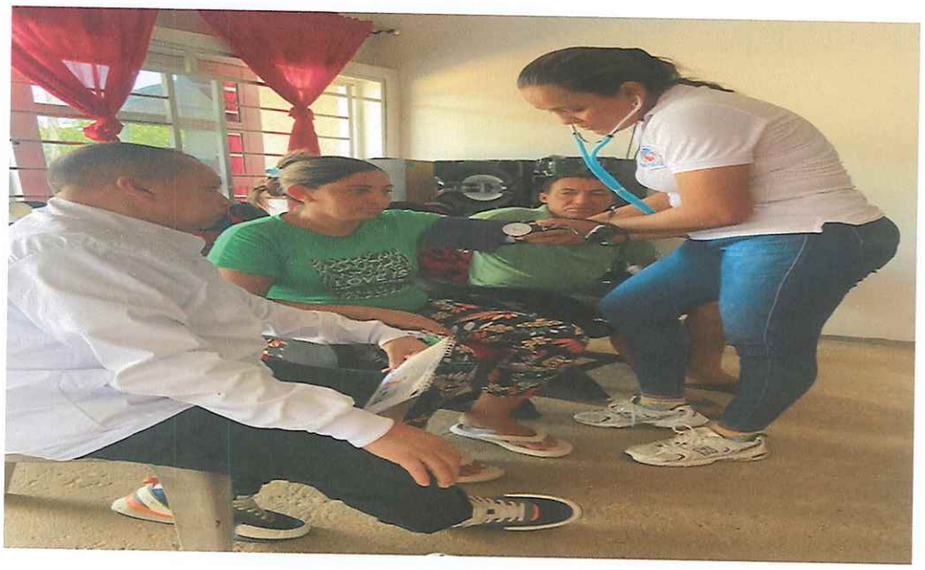
Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 4









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 28-oct 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yajaira Carolina Balseiro Vargas
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003368189
Edad: 25 Dirección/Barrio V/El Socorro Sexo: F [ ] M [ ]
Semanas de Embarazo 28
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO_____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694429
Teléfono 3046352706

Yajaira Balleiro
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003368889
Teléfono 3241865377.

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 5











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 28 – oct 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yackelin Pinto
Tipo identificación: CC Número identificación: 1003.457.575
Edad: 33 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 14
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI _____ NO X
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78 694 129
Teléfono 3046302206

Yackelin Pinto M.
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1.003.457.575
Teléfono 321 515 9075

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 6







ENJOY
EST.1985 IND


ENJOY

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 28-oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yurany Andrea Ayus
Tipo identificación: TI Numero identificación: 1068661959
Edad: 17 Dirección/Barrio V/El Suglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 35
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO_____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

Yurany Ayuz Macea
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1068661959
Teléfono 3026585041

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 28-oct /2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Juliana Zambrano Maca
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1043668219
Edad: 15 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 31
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Roorn _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046552706

Juliana Zambrano Ibarra
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1043668219
Teléfono 3052635443

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 8











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 28- oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yurlenis Guzman Saad
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.458.436
Edad: 22 Dirección/Barrio Los Palomos Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 16
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

EMBARAZADA # 9











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 29-oct /2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Dayana Borja
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003457254
Edad: 23 Dirección/Barrio V/ los palomas Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 34
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

Dayana Borja
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003457254
Teléfono 3043727669

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA No. 10









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 29-Oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Maira Rosa Narvaez Ayola
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1.123.749.202
Edad: 38 Dirección/Barrio V/Kimbaya Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [X] Subsidiado [ ] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [ ] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Maira Narvaez
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1133749202
Teléfono 3127919036

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA No. 11



	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 29-oct-2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Maria Fernanda Vergara Vergara
Tipo identificación: TI Numero identificación: 1169713117
Edad: 16 Dirección/Barrio Punta de Yoma Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [ ] NO [X]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
(No)

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI ____ NO X
Ha tenido citas con especialistas SI ____ NO X
Se aplico la vacuna del tétano SI _____ NO X
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI ____ NO X

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

María Fernanda Vergara
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1.169.713.117
Teléfono

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

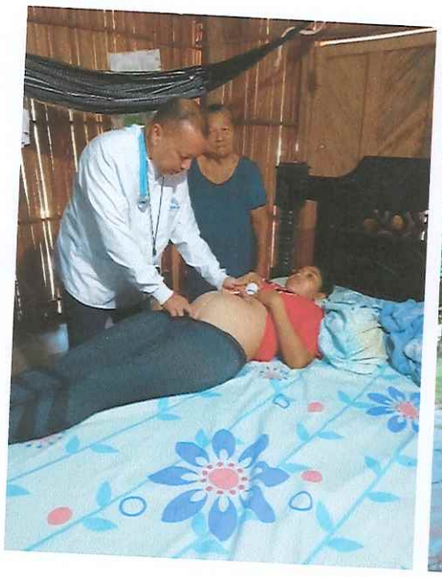
GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA No. 12











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 29/oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Maria Angelica Osmio Mispereza
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1069987196
Edad: 18A Dirección/Barrio Punta de Yong Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 32
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
X No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI _X_ NO___
Ha tenido citas con especialistas SI _X_ NO
Se aplico la vacuna del tétano SI _X_ NO___
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO___

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Firma Quien atiende la visita
Cédula 1069987196.
Teléfono 3047283652.

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA No. 13











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 29-oct 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Pamela Herrera Cordero
Tipo identificación: cc Numero identificación: 1027734328
Edad: 25 Dirección/Barrio Puente de Yam Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 18
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
X No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI _____ NO X
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78690129
Teléfono 3046352806

PAMELA MORENO
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1007734328
Teléfono 3005680005

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA No. 14









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 29/oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Anavelin Coronado Muñoz
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1093214400
Edad: 33 Dirección/Barrio Punta de Yam Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 24
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
X No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352406

Alvarez Coronado M
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1.193 214 400
Teléfono 300 230 5971

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA No. 15











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 29/oct /2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yuyala Cardona Almanza
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1063080691
Edad: 33 Dirección/Barrio Punta de Yony Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352006

Yiyola Cordero
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1063080691
Teléfono 3242936380

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

VISITAS NUMERO 2

Actividad	Visitas a gestantes y familiares para brindar Información y educación en signos de alarma, alertas temprana e importancia de asistir al control prenatal
Lugar	El Siglo
Fecha	Del 29 de octubre al 30 de octubre de 2024

EMBARAZADA # 1







	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30 - oct - 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Daniela Flores
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.458.238
Edad: 24 Dirección/Barrio V/ El siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo ____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO ___
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO ___
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO ___

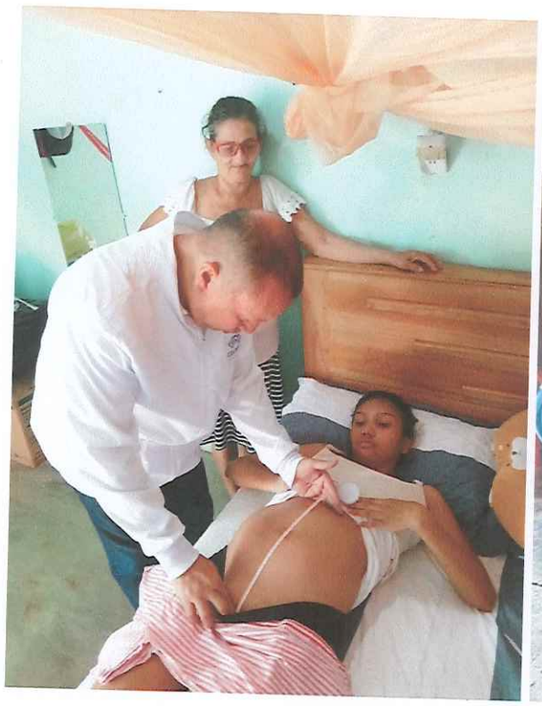
Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Danilis Doreo
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003458238
Teléfono 3104904089

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 2









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30- oct /2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Luisa Fernanda Fuentes
Tipo identificación: CC Numero identificación: _____
Edad: 24 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO___
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO___
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO___

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Luisa Fernanda Fontes M
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1065293160
Teléfono 3104628942

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

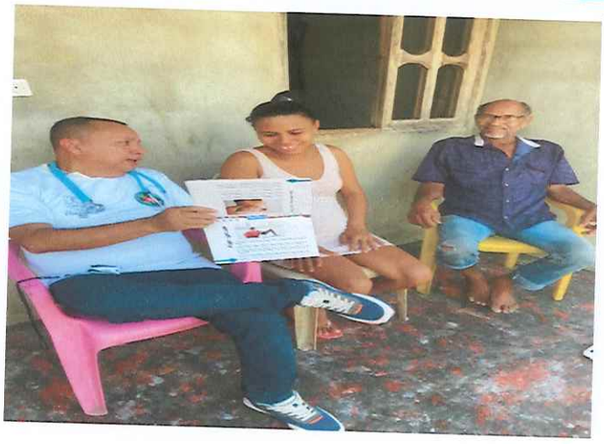
EMBARAZADA # 3











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30-oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yisela Flores
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1064665504
Edad: 31 Dirección/Barrio V/El Seglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

Mensualmente
X Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogc/Obstetra
x Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO___
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO___
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO___

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

Yisela Florez
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1068665504
Teléfono 3116562063.

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 4









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30-oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yasmin Karolina Balseiro Vargas
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.368.887
Edad: 25 Dirección/Barrio V/ Vimaco Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 28
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI ____ NO X
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046552706

Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003368889
Teléfono 3241865 77

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 5






	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30-oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yackelin Pinto
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.457.575
Edad: 33 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046357706

Jackelin Pinto Macea
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1.003.457.575
Teléfono 321 515 9095

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 6







	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30-oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yuranny Andrea Ayuz
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1068661959
Edad: 17 Dirección/Barrio V/el siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3049635706

Yurany Ayuz Marca
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1068661959
Teléfono 3026585041

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 7









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30 oct 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Juliana Zambrano Mora
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1043668219
Edad: 18 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO_____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046355206

Juliana Zambrano Haro
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1043668219
Teléfono 3052635443

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

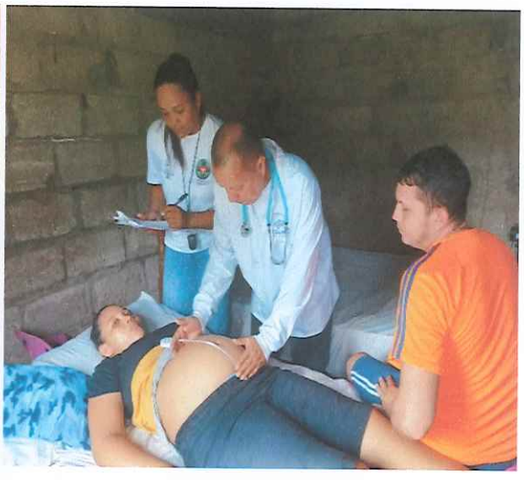
GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 8





	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30-oct-2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yurlenis Guzman Saad
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.458.436
Edad: 22 Dirección/Barrio Las Palmas Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI ____NO X
Se aplico la vacuna del tétano SI _____ NO X
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Verónis Guzman Saad
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003458436
Teléfono 3015717926

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 9






	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30-oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Dayana Borjo
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.457 254
Edad: 23 Dirección/Barrio V/Las Palmas Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Dayana Borja
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003457254
Teléfono 3043727669

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono