.0INFORMACIÓN GENERAL				
Contrato Número:	065	De	2025	VoBo y Fecha (Contratación)
Objeto: **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LA LINEA OPERATIVA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL EJERCICIO DE LA GOBERNANZA Y LA GOBERNABILIDAD A TRAVES DE ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN BUSCA DE MEJORES RESULTADOS EN SALUD EN LA POBLACIO DEL MUNICIPIO DE EL BAGRE**				
Contratista:	**MAROLY GUEVARA MEZA**			

EL PRESENTE INFORME DETALLA LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES POR PARTE DE EL CONTRATISTA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL DIA 01 DE FEBRERO DE 2025 AL 28 DE FEBRERO DE 2025 POR LO ANTERIOR, DESCRIBO A CONTINUACIÓN EL ESTADO DE AVANCE DE EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL:

ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO		
Estado de avance de la ejecución física a la fecha (%)		**15%**
Formula: Alcance Prestación Bien o Servicio = % Total Pactado Contractualmente *Esto debe estar acorde con el Objeto y Forma de Pago, contenido en el contrato suscrito.		
Descripción de la ejecución actual (De acuerdo con el cronograma de actividades):		
Nº	**Obligaciones del Contratista/Entidad**	**Estado de avance de la obligación**
1	Realizar visita de asistencia técnica a las EAPB y UPGD del municipio del El Bagre con fin de articular procesos de vigilancia de eventos de interés en salud pública.	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: Se realiza solicitud a las EPS del municipio sobre la meta programática de PAI, con el propósito de verificar cuantos niños de cada EPS se deben vacunar el 2025. Reporte negativo de IAPMQ por parte de la ESE HNSC se solicita colocarse al día con el debido reporte.
		Entrega producto Si _X No____ **Ubicación:** Secretaria de salud
2	Realizar seguimiento a las visitas de campo de eventos reportados a SIVIGILA con municipio de residencia El Bagre que se ameriten por protocolo	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: Se realizo IEC de caso reportado en sivigila de una muerte

	emitido por el Instituto Nacional de Salud.	sospechosa de IRA en menor de 5 años el 11/02/2025. También se realizo una entrevista familiar por mortalidad perinatal o neonatal el 4/02/2025. También se realizo una visita a una gestante por varicela el 20/02/2025. Se realizó una visita a un caso de TB reportado. Estas visitan se realizan porque son de lineamiento obligatorio, además se verifica el estado de salud de las personas notificadas y de sus familias y se brinda una respectiva educación.
		Entrega producto Si _x_ No ____ **Ubicación:** secretaria de salud.
3	Realizar 12 comité de vigilancia epidemiológica para analizar los eventos presentados en el municipio con el fin de articular acciones entre los diferentes actores en salud.	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: Atendiendo a las directrices dadas en el decreto 3518 de 2006. Nos dice que unas de las funciones de COVE es "Realizar el análisis e interpretación de la información generada por la vigilancia en salud pública y emitir las recomendaciones para la orientación en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de las acciones de control de los problemas de salud de su área". Se realiza el segundo COVE municipal sobre Socialización del protocolo del INS de desnutrición en menores de 5 años, código 113. Socializar la Resolución N° 2350 de 2020 en cuanto al manejo de este paciente que presenten este evento y traer un caso clínico que se hallan atendido en su institución esto se realizó 20 de febrero del 2025. El segundo COVE departamental se realizó el 27/02/2025 por streaming con el tema principal sobre zoonosis.
		Entrega producto Si _x_ No ____ **Ubicación:** Secretaria de salud
4	Realizar unidades de análisis de mortalidad de eventos de interés en salud pública municipal y asistir a unidades de análisis de mortalidades de interés en salud pública citada por la SSSA, según se presenten los casos. (Solicitar historia clínica y demás documentos a las entidades	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: Se solicito historia clínica a la clínica Medicauca por caso de muerte por IRA sospechosa en menor de 5 años y se envió la información a la SSSA. Y se esta pendiente

	correspondientes).	a la citación para unidad de análisis.
		Entrega producto Si __ No__x__ **Ubicación:** Secretaria de salud
5	Implementar los mecanismos de participación social y comunitaria para el adecuado desarrollo de los programas de vigilancia epidemiológica	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: en comunicación por WhatsApp con el presidente de la junta de acción comunal de la vereda la Unión se concertó para entregar toldos a cada una de las familias según el numero de camas y hamacas ocupadas, y se aprovecho para llevar vacunación para todos los grupos de edad. Esta actividad se llevo a cabo el 21/02/2025.
		Entrega producto Si _X_ No____ **Ubicación:** Secretaria de salud
6	Conformar grupos de líderes naturales de la población urbana y rural y brindar capacitación en Vigilancia Comunitaria para el fortalecimiento de la notificación oportuna y establecer canales de comunicación adecuados con la población y la dirección Local de Salud.	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: con el propósito de realizar una buena implementación de la vigilancia comunitaria se asiste a capacitación virtual brindada por la SSSA para fortalecer el conocimiento sobre los informes que se deben de enviar el 28/02/2025.
		Entrega producto Si __X_ No____ **Ubicación:** Secretaria de salud.
7	Coordinar la búsqueda Activa Comunitaria de eventos de interés en salud pública y recopilación y reporte mensual de BAI municipal (BAI general y de desnutrición)	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: 1. Se realizó solicitud de BAI general de a las UPGD del municipio tras realizar concordancia RIPS-SIVIGILA a través de SIANIESP. 2. Se realizó consolidado y envío de la BAI general a la SSSA. El protocolo de desnutrición en menores de 5 años del INS para este 2025 exige que se debe realizar BAI mensual de este evento. También se solicitud BAI de IAPMQ.
		Entrega producto Si __X_ No____ **Ubicación:** Secretaria de salud
8	Desarrollo de acciones de gestión de la salud pública que contribuyan al mejoramiento de la	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: Una de las acciones que se viene realizando por la

	salud materna y a la reducción de la mortalidad en el marco del Plan de Aceleración de la Reducción de la Mortalidad Materna y la Circular Externa 0000047 de 2022. Y Verificar que la red de prestadores de servicios de salud, que brinden atención a las gestantes, implemente la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema y definan los mecanismos de respuesta inmediata para la garantía de las acciones de seguimiento al 100% de las mujeres notificadas con este evento.	secretaria de salud para contribuir al mejoramiento de la salud materna tiene que ver con la verificación de cada semana de las gestantes con ingreso a control prenatal que sean PNA o migrantes, con el propósito de que sean atendidas en la ESE municipal y también se verifica en sivigila si alguna de estas han presentado alguna MME, para su respectivo seguimiento, esta información se debe subir a una nube dispuesta por la SSSA. Todos los miércoles como secretaria de salud me debo conectar para unidad de seguimiento plan de aceleración para la reducción de las complicaciones y la muerte materna.
		Entrega producto Si __X_ No____ **Ubicación:** Secretaria de salud
9	Articular y coordinar con los actores del SGSSS para la búsqueda activa de casos de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, con el fin de garantizar la atención al 100% de los niños, hasta la recuperación nutricional y realizar seguimiento a los casos de desnutrición presentados.	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: Se asiste a una asistencia técnica sobre primera infancia el 11/02/2025, con el propósito de mirar cuales son las estrategias que se tienen en cada entidad territorial para disminuir estas muertes de desnutrición.
		Entrega producto Si _X_ No ____ **Ubicación:** secretaria de salud
10	Verificar que las EPS e IPS existentes en el municipio, tengan implementadas rutas Integrales de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal. Así mismo, realizar seguimiento estricto al cumplimiento de indicadores. (Resolución 4505 de 2012, modificada por la Resolución 202 de 2021).	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: En cumplimiento y desarrollo del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) y las Rutas Integrales de Atención en salud (RIAS), enmarcadas en la Resolución 2626 del 2019 y 3280 de 2018 respectivamente, se dará inicio al proceso de seguimiento a la implementación de la ruta de atención materno perinatal (RIAMP) y ruta de promoción y mantenimiento de la salud (RPMS), correspondientes a los cursos de vida de la edad fértil. Se asiste a capacitación de RIAMP para mirar el avance en la ruta.

		Entrega producto Si __X_ No____ **Ubicación:** Secretaria de salud
11	Visitas a las IPS para el seguimiento al kit para casos de abuso sexual y disponibilidad de suero antiofídico	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: se realiza visita a la ESE HNSC para verificar la disponibilidad del suero antiofídico.
		Entrega producto Si __X_ No____ **Ubicación:** Secretaria de salud
12	Socializar y realizar los ajustes necesarios al plan de preparación, control y evaluación de contingencias por brotes y epidemias por enfermedades transmisibles	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: Nuestro municipio es endémico para casos de malaria, por lo tanto, desde el año 2024 se empezó a implementar la estrategia ColVol donde se capacitaron a 21 personas de 17 veredas donde se reportan mas casos, o por la lejanía a la zona urbana. Por esta razón desde la SSSA se solicitud el informe de como va la estrategia del municipio, para girar recursos para seguir implementado la estrategia. Se realiza la territorialización del municipio de El Bagre y se envía a la SSSA.
		Entrega producto Si __X_ No____ **Ubicación:** Secretaria de salud
13	Realzar y apoyar las acciones de vigilancia en salud pública que contribuyan al cumplimiento de las obligaciones de salud municipal (Recibir visitas, conectarse a asistencias técnicas, elaboración de informes y demás acciones en pro de esta actividad).	**% de Avance:** 1.07%
		Descripción del avance: se asistió a las asesorías virtuales en los protocolos de vigilancia epidemiológica que realizo la Subsecretaría de Salud Pública, el Equipo de Gestión del Riesgo para Eventos de Interés en Salud Pública (EGREISP): 13/02/2025 Generalidades vigilancia epidemiológica. RSI y gestión del riesgo, IEC, BAC. 17/02/2025 BAI 20/02/2025 Unidad de análisis y toma de muestra 24/02/2025 Fiebre tifoidea 14/02/2025 Asistencia técnica de PAI

DECLARACIONES, FIRMAS Y APROBACIÓN

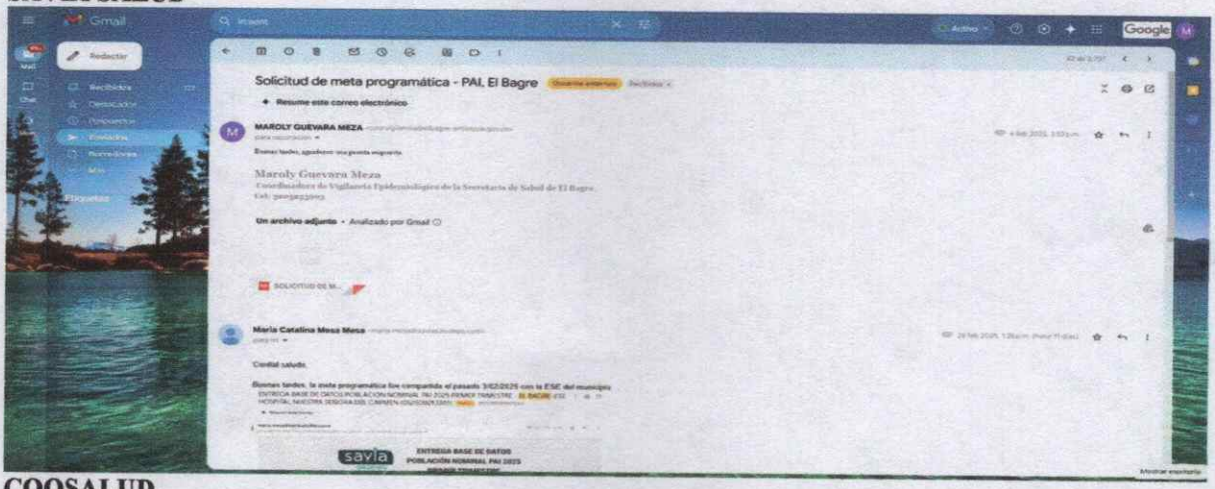
EL CONTRATISTA declara bajo la gravedad del juramento que los documentos anexos que soportan el pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales para este mes, corresponden a los que legamente debe efectuar con base en los ingresos provenientes del Contrato.

Firma de **EL CONTRATISTA**

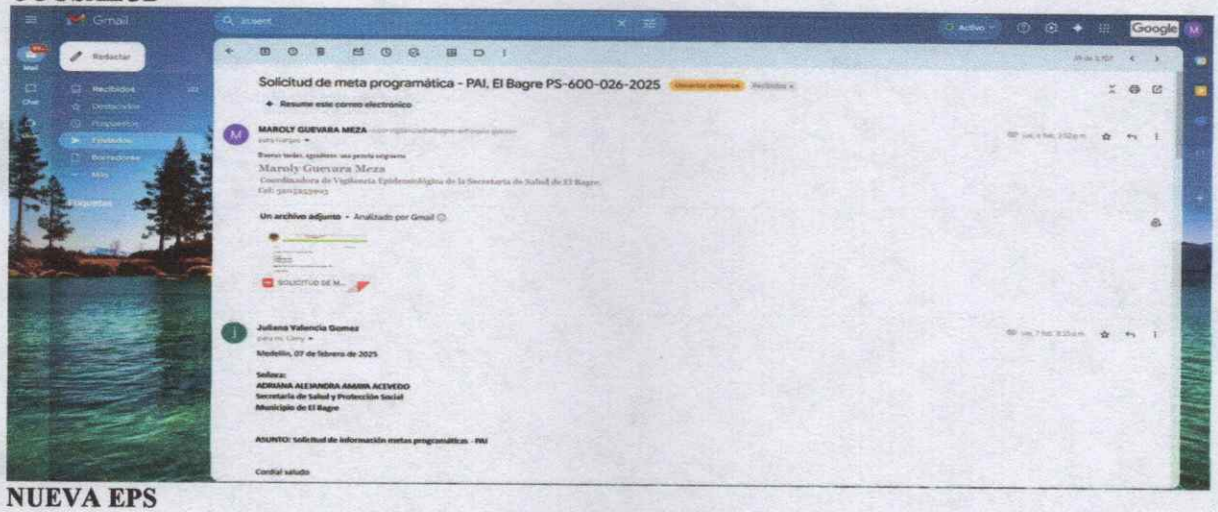
Nombre y Apellido: Harold Guevara of
Dependencia: Secretaria de Salud y Protección Social.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

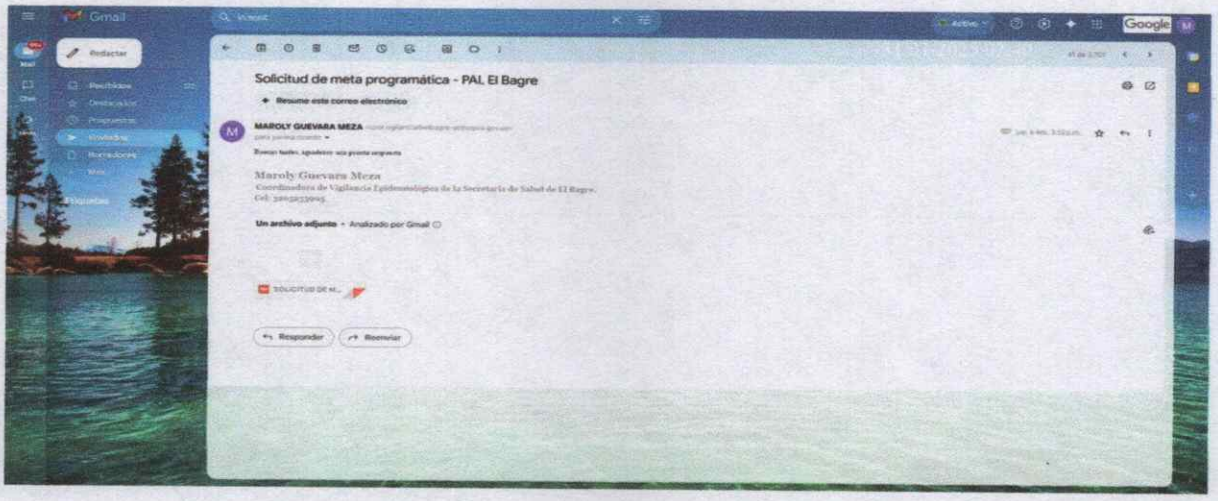
SOLICITUD DE META PROGRAMATICA PAI
SAVIA SALUD



COOSALUD



NUEVA EPS



600-01

PS-600-026-2025

El Bagre, Antioquia. 06 de febrero de 2025

Señores
SAVIA SALUD EPS
El Bagre, Antioquia

Asunto: Solicitud de información metas programáticas - PAI.

Cordial saludo:

El programa ampliado de inmunizaciones – PAI, contempla generar estrategias para garantizar el mejoramiento continuo de las coberturas de vacunación en la población colombiana.
No obstante, para alcanzar dichos objetivos y metas propuestas, es necesario contar con una serie de actividades coordinadas, que se deben realizar para prevenir, controlar y minimizar los riesgos que propicien la aparición de enfermedades prevenibles a través de la vacunación y así evitar los consecuentes, efectos negativos en la población.
En virtud de lo anterior, la secretaria de salud y protección social, en cumplimiento de las responsabilidades otorgadas por el decreto N° 780 de 2016 y en el ejercicio de sus competencias referente a la orientación, seguimiento, monitoreo y evaluación en el cumplimiento de los lineamientos del MSPS; respetuosamente agradezco nos compartan la siguiente información:

Meta programática 2025:

1. Nro. Niños < 1 año.
2. Nro. Niños 1 año
3. Nro. Niños 2 años
4. Nro. Niños 3 años
5. Nro. Niños 4 años

Firma: Maroly Guevara Meza T.P. 7[illegible] UNAC	**Firma:**
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

6. Nro. Niños 5 años
7. Nro. Niños 9 años
8. Nro. Mujeres de 10 a 49 años
9. Nro. Adultos > 60 años
10. Nro. Gestantes
11. Nro. De mujeres de 10 a 17 años
12. Total población

Cualquier información adicional, puede comunicarse con la secretaria de salud y protección social. Coor.vigilancia@elbagre-antioquia.gov.co

Me despido deseándole éxitos, en sus labores diarias.

ADRIANA ALEJANDRA AMAYA ACEVEDO
Secretaria de Salud y Protección Social
Intervinieron en el documento

Firma: Maroly Guevara Meza T.P. 7[illegible] UNAC.	**Firma:**
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

600-01

PS-600-026-2025

El Bagre, Antioquia. 06 de febrero de 2025

Señores
NUEVA EPS
El Bagre, Antioquia

Asunto: Solicitud de información metas programáticas - PAI.

Cordial saludo:

El programa ampliado de inmunizaciones – PAI, contempla generar estrategias para garantizar el mejoramiento continuo de las coberturas de vacunación en la población colombiana.
No obstante, para alcanzar dichos objetivos y metas propuestas, es necesario contar con una serie de actividades coordinadas, que se deben realizar para prevenir, controlar y minimizar los riesgos que propicien la aparición de enfermedades prevenibles a través de la vacunación y así evitar los consecuentes, efectos negativos en la población.
En virtud de lo anterior, la secretaria de salud y protección social, en cumplimiento de las responsabilidades otorgadas por el decreto N° 780 de 2016 y en el ejercicio de sus competencias referente a la orientación, seguimiento, monitoreo y evaluación en el cumplimiento de los lineamientos del MSPS; respetuosamente agradezco nos compartan la siguiente información:

Meta programática 2025:

1. Nro. Niños < 1 año.
2. Nro. Niños 1 año
3. Nro. Niños 2 años
4. Nro. Niños 3 años
5. Nro. Niños 4 años

Firma: Maroly Guevara Meza T.P. 7[illegible] UNAC.	**Firma:**
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

6. Nro. Niños 5 años
7. Nro. Niños 9 años
8. Nro. Mujeres de 10 a 49 años
9. Nro. Adultos > 60 años
10. Nro. Gestantes
11. Nro. De mujeres de 10 a 17 años
12. Total población

Cualquier información adicional, puede comunicarse con la secretaria de salud y protección social. Coor.vigilancia@elbagre-antioquia.gov.co

Me despido deseándole éxitos, en sus labores diarias.

ADRIANA ALEJANDRA AMAYA ACEVEDO
Secretaria de Salud y Protección Social
Intervinieron en el documento

Firma: Maroly Guevara Meza Epidemiologa T.P. 7[illegible] UNAC	**Firma:**
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

600-01

PS-600-026-2025

El Bagre, Antioquia. 06 de febrero de 2025

Señores
COOSALUD EPS
El Bagre, Antioquia

Asunto: Solicitud de información metas programáticas - PAI.

Cordial saludo:

El programa ampliado de inmunizaciones – PAI, contempla generar estrategias para garantizar el mejoramiento continuo de las coberturas de vacunación en la población colombiana.
No obstante, para alcanzar dichos objetivos y metas propuestas, es necesario contar con una serie de actividades coordinadas, que se deben realizar para prevenir, controlar y minimizar los riesgos que propicien la aparición de enfermedades prevenibles a través de la vacunación y así evitar los consecuentes, efectos negativos en la población.
En virtud de lo anterior, la secretaria de salud y protección social, en cumplimiento de las responsabilidades otorgadas por el decreto N° 780 de 2016 y en el ejercicio de sus competencias referente a la orientación, seguimiento, monitoreo y evaluación en el cumplimiento de los lineamientos del MSPS; respetuosamente agradezco nos compartan la siguiente información:

Meta programática 2025:

1. Nro. Niños < 1 año.
2. Nro. Niños 1 año
3. Nro. Niños 2 años
4. Nro. Niños 3 años
5. Nro. Niños 4 años

Firma: Maroly Guevara Meza T.P. 7[illegible] UNAC	**Firma:**
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

6. Nro. Niños 5 años
7. Nro. Niños 9 años
8. Nro. Mujeres de 10 a 49 años
9. Nro. Adultos > 60 años
10. Nro. Gestantes
11. Nro. De mujeres de 10 a 17 años
12. Total población

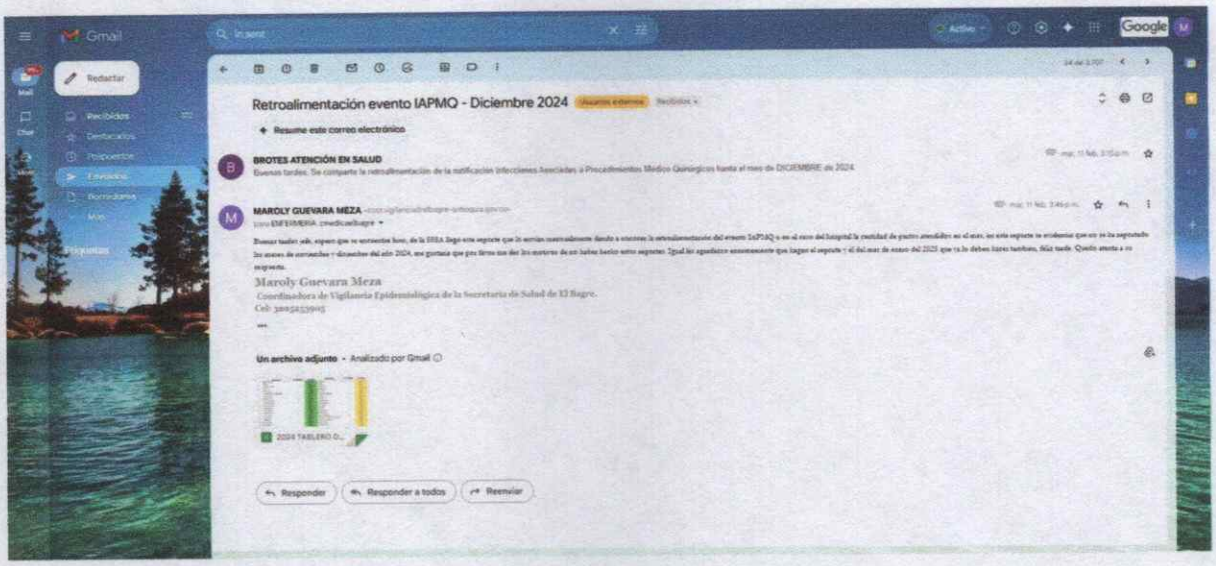
Cualquier información adicional, puede comunicarse con la secretaria de salud y protección social. Coor.vigilancia@elbagre-antioquia.gov.co

Me despido deseándole éxitos, en sus labores diarias.

ADRIANA ALEJANDRA AMAYA ACEVEDO
Secretaria de Salud y Protección Social
Intervinieron en el documento

Firma: Maroly Guevara Meza T.P. 7[illegible] UNAC	**Firma:**
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

REPORTE NEGATIVO DE IAPMQ



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos Minsalud

FORMATO INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO, VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR IRA, EDA Y DNT

Fecha de la visita (dd/mm/aa): **11/02/2025** Hora de la visita: **16:20 pm**

Nombre de quien realiza la visita: **Paola Andrea Borjas Álvarez**

Perfil de quien realiza la visita: **Vigilancia Epidemiológica**

Entidad territorial que realiza la visita: **Secretaria de Salud y Protección Social**

Nombre de la EAPB: **Coosalud – Contributivo**

Nombre del Municipio: **El Bagre**

Datos de identificación
Nombres y Apellidos completos: **Emmanuel Jose Bello Fonseca**
Edad: **19 meses**
Sexo: Femenino: Masculino: **X**
Fecha de defunción (dd/mm/aa): **7/02/2025**
Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): **24/05/2023**
Dirección: **Barrio Bijao, por la avenida Rodrigo Mira, calle del transito**
Área: rural: urbana: **X**
Departamento de residencia: **Antioquia**
Municipio de residencia: **El Bagre**

Datos del cuidador
Nombres y apellidos completos: **Dagoberto Bello Ríos**
Parentesco: **Padre**
Viven en la misma casa: **Si**
Dirección: **Barrio Bijao, por la avenida Rodrigo Mira, calle del transito**
Teléfono: **3107265261 - 3217487317**

II. Antecedentes prenatales

El niño fue producto del embarazo número: **el séptimo hijo**
Donde tuvo el parto: Casa Centro de salud Hospital **X** No sabe
Sin dato Otro Cual:
Número de controles prenatales: **7**
Tuvo complicaciones durante el parto: **SI**
Cuales: **Desprendimiento placentario mas 2 infartos**
Edad gestacional en el momento del parto: **35 semanas**
Peso al nacer (en gramos): **2,350 gr**
Talla al nacer (cm): **50 cm**
Tiene carné de vacunas: sí **X** no
El esquema de vacunación esta completo para la edad: si no **X falto a los 18 meses**
Si responde no, porque: **estaba molesto con fiebre y flemas y no quiso sacarlo de la casa**
Estaba en el programa de crecimiento y desarrollo: Si **X** no
Si responde no, porque: _____

V. Antecedentes nutricionales

Le dio leche materna: si no **X**

Hasta que edad (en meses) consumió leche materna el niño: **No tomo leche materna porque "se seco la leche del seno" debido a que el bebe demoro 15 días en UCI – intubado y la madre 7 días en UCI también por líquidos en los pulmones.**

A qué edad (en meses) le empezó a dar líquidos o solidos diferentes a la leche materna al niño: **al nacimiento con formula por complicaciones del bebe y la madre.**

Cual alimento diferente a la leche materna le empezó a dar (liquido o solido):
Formula infantil: **X** Leche de vaca Otros líquidos Cuales:

El niño usaba biberón: **si, durante 4 meses, después le realizan gastrostomía**
Cuantas alimentaciones recibía el niño en el día: **Horarios establecidos a las 7, 10, 01, 04, 07 y 10**
Desayuno medias nueves Almuerzo onces Comida

III. Antecedentes patológicos

El niño estaba en control de crecimiento y desarrollo: **SI**

Si la repuesta es si, a cuantos controles los llevo: **4**

Cuantas veces llevo al niño por urgencias en los últimos 6 meses: **Refiere el padre que 4 veces por crisis de IRA (Le suministraban oxígeno y controlaban la crisis)**

Tenía patologías previas (si responde que sí, cuales): sí **X** no
Cuales: **Hipoxia neonatal, parálisis cerebral infantil, retraso en el neurodesarrollo, epilepsias, gastrostomía porque se le iba la mitad de los alimentos al pulmón y la otra parte muy mínima al estómago.**

En alguna de esas valoraciones le informaron si el niño presentaba algún problema o enfermedad relacionada con el peso, cual: **Presento sobrepeso estos últimos 3 meses**

Si le dijeron que si, cual enfermedad le dijeron que tenía (explique la respuesta): **Como el niño presento trastorno de deglución a sus 4 meses en 2023, presento una desnutrición grave y estuvo bajo custodia del ICBF por esta razón, descartan las causas por patología primaria.**

Tuvo hospitalizaciones previas (enumerar cuantas, en que instituciones): **No**

Las causas de dichas hospitalizaciones fueron: **No aplica**

Les informaron a los cuidadores sobre signos de alarma y cuidados en casa para cuadrosrespiratorios, diarreicos o relacionados con la nutrición del menor: **si, en todos los momentos de crisis y consultas**

Fecha de la última hospitalización previa a la defunción (dd/mm/aa): **No aplica**

Cual fue la causa de esa hospitalización: **No aplica**

En donde ocurrió la defunción: Casa Institución de salud **X** Otro

Cual: **Clínica Pajonal**

Durante la última hospitalización (relacionada con la muerte), se sintió satisfecha (o) con laatención:
Si **X** no (explique)
Porque: **Fue rápida la atención y la remisión**

Tuvo dificultades para acceder al servicio de salud (económicas, administrativas, geográficas, deorden público): **Ninguna**

Si presento dificultades de tipo geográficas (relacionadas con la distancia al puesto de salud), acuánto tiempo del puesto de salud más cercano viven: **Ninguna**

Como (que medio de transporte) se desplaza de la vivienda al puesto de salud: **Moto**

Viajo fuera del país en el último mes antes de ocurrido el evento: **No**

El menor estuvo en contacto con personas con síntomas gripales en las últimas dos semanas:Si **No X** No sabe
Quienes (parentesco):

IV. Relato de lo sucedido (percepción de los cuidadores sobre lo sucedido):

En este relato el entrevistador debe orientar al familiar sobre la información que le esta dando, preguntando todo lo relacionado con la muerte, cuando consulto, a que horas, por cuales síntomas, si le dieron salida previa, si tuvo que volver a consultar, como fue la hospitalización, si estuvo en UCI, si falleció en la hospitalización o después del egreso, si entendió la información quele dieron en el hospital y cual era, el diagnostico cuando falleció.

Menor de 19 meses de edad **EMMANUEL JOSE BELLO FONSECA** residente del barrio Bijao, séptimo hijo de Mónica Fonseca, quien presento durante el parto desprendimiento placentario más 2 infartos, dando producto de sexo masculino por cesárea de emergencia, quien sufrió hipoxia neonatal, generando secuelas severas de encefalopatía hipoxico isquémica, parálisis cerebral infantil, retraso en el neurodesarrollo, epilepsia multifocal sintomática, Gastrostomía por trastorno de la deglución grave, cuadriparesia espástica y diatónica, microcefalia. Sx broncoobstructivo, broncoaspiraciones recurrentes.

El día **04/02/2025** refiere el padre que lo lleva al programa de arrullos para la toma antropométrica solo lo lleva a pesar y tallar no participa de la jornada porque estaba el menor con malestar y tampoco tiene contacto con la comunidad y se regresa enseguida a casa, el padre refiere que una mujer que estaba detrás de él durante la toma de la talla comenta que el menor tenía unos risos negros muy hermosos y en la noche el menor inicia con síntomas de fiebre y calentura en platas de pie, manos y cabeza además de temblor en el cuerpo.

En la mañana del **05/02/2025** siendo las 6:00am una señora reza al menor por que sospechan que puede ser mal de ojo, al rato del rezo el menor reposa la fiebre y como un poco. Al rato siendo las 10:30 am menor continua con los mismos síntomas de calentura en plantas de manos y pies con el temblor lo vuelven a rezar y el menor descanso y durmió normal.

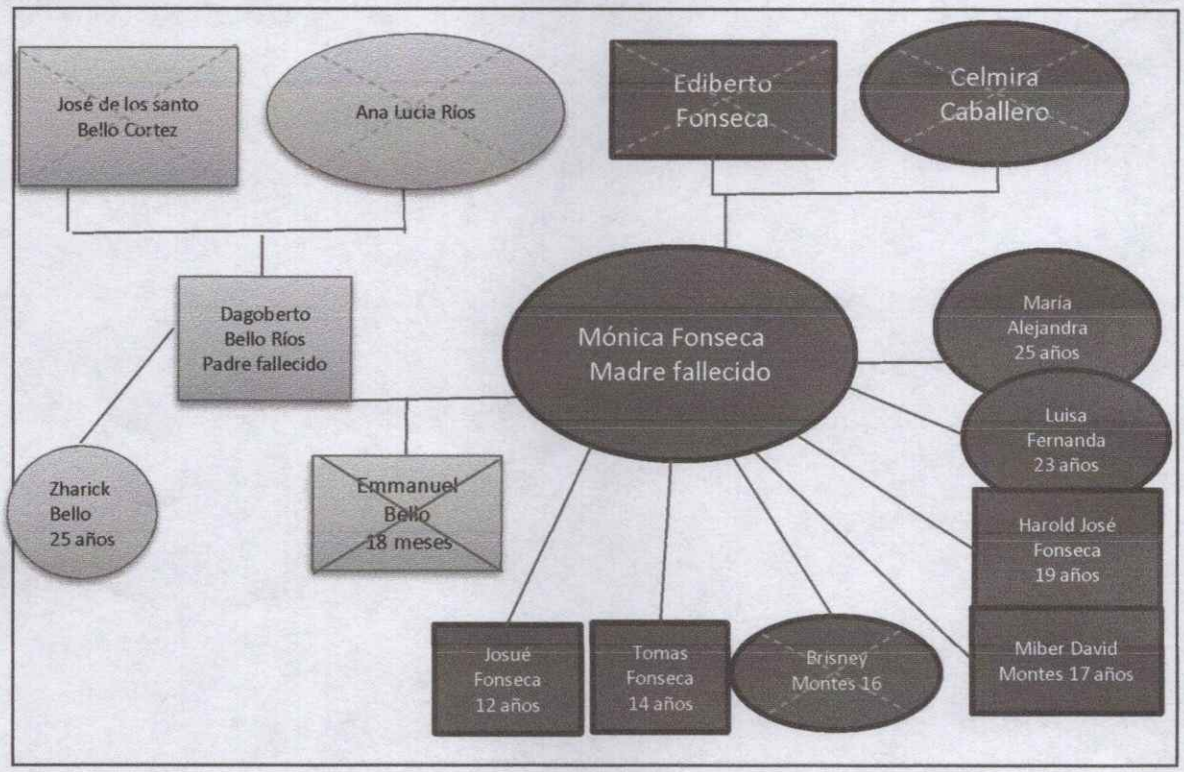
06/02/2025 siendo las 4:00am amanece con fiebre y dificultad respiratoria además de mucha secreción por la boca que lo quería ahogar.

Es ingresado a las 5:30am a urgencias en la clínica pajonal es atendido de inmediato le suministran oxígeno y solicitan ambulancia para traslado primario, salen a las 7:20 am, llegando a Caucasia presenta paro cardiorrespiratorio, lo reciben en la clínica pajonal por la emergencia donde le hacen reanimación y lo intuban más o menos siendo las 9:13am fallece por presentar otro paro cardiorrespiratorio.

Medicamentos que tomaba diario son: fenobarbital, levetiracetam, clonazepam, baclofeno, puff de salbutamol.

Diarrea no,
Vomito si, por la tos dos veces al día.
No era dependiente de oxigeno
pertenecía al programa de arrullos duro 4 meses.

V. Familiograma



VI. Variables sociodemográficas

Estrato: estaba en B1 en el Sisbén

Tipo de vivienda: **Casa X** Apartamento Casa Indígena Habitación otro Cual: _____

Material de las paredes: **Ladrillo/bloque X** Adobe/bareque (Madera/tablón) Material prefabricado Zinc Tela Cartón Otro Cual: _____

Material de los pisos: Alfombra Baldosa **Cemento X** Madera (Tierra/arena) Otro Cual: _____

Servicios públicos: **Electricidad X** **Acueducto X** **Alcantarillado X** **Gas natural X** **Recolección de basura X** Ninguno

¿El menor se encontraba bajo protección del ICBF? Si no **X**

Desde cuándo: _____

Cuando fue la última valoración o visita por parte de funcionarios del ICBF: **No aplica**

Edad de la madre: **44 años**

Edad del padre: **64 años**

Escolaridad de la madre: **5 grado**

Escolaridad del padre: **11 grado**

Antecedente de maltrato infantil: si no **X** no sabe

Si responde que sí, de que tipo: _____

Sospecha de maltrato infantil: si no **X**

Observaciones y conclusiones de la visita:

Firma de quien realiza la visita

Entrevista familiar

ENTREVISTA FAMILIAR Mortalidad perinatal y neonatal

DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA

Fecha y hora de inicio de la entrevista (hora militar):

2025	02	04	__ __	__ __
año	mes	día	hora	minutos

Se registrará el día, mes, año y hora en que inició la entrevista. Utilice estos códigos para los meses: Enero: 01, Febrero: 02, Marzo: 03, Abril: 04, Mayo: 05, Junio: 06, Julio: 07, Agosto: 08, Septiembre: 09, Octubre: 10, Noviembre: 11, Diciembre: 12.
Se deben registrar los códigos de cada mes, día, hora y minutos en dos dígitos y el año deberá anotarse con cuatro dígitos.

1. Departamento: Antioquia

Registrar el nombre del departamento en donde se realiza la entrevista.

2. Municipio: El Bagre

Registrar el nombre del municipio en donde se realiza la entrevista.

3. ¿Cuál era su parentesco o relación con el menor fallecido (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?
(PUEDE SER MÁS DE UNA OPCIÓN).

Parentesco/ Relación	Apellidos y Nombres	Teléfono(s)
Madre	Eyleen Sharay Padilla Mejía	314 658 9356.
Padre		
Hermana		
Hermano		
Tía		
Tío		
Prima		
Primo		
Abuela		
Abuelo		
Otro (especificar)		

Especificar núcleo familiar:

Registrar el (los) número (s) telefónico (s) en el cual se le pueda ubicar a la persona entrevistada; si no tuviese, indagar sobre algún vecino, amigo o pariente quien disponga de teléfono.

DATOS DE LA MADRE

En esta primera parte se pregunta acerca de datos generales del menor fallecido

4.	**Apellidos y nombres de la madre:** Eyleen Sharay Padilla Mejia *Se debe registrar los apellidos y nombres completos de la madre del menor fallecido.*		
5.	**Tipo de identificación de la madre** Marcar con una X	Registro civil Tarjeta de Identidad (madre) Cedula de ciudadanía(madre) Sin identificación	 X
6.	**Número de identificación de la madre** |1|0|3|8|1|1|8|8|7|0|_|_|		
7.	**Fecha de nacimiento de la madre** |2|0|1|0| (año) |0|7| (mes) |2|8| (día) **Edad:** 14.		
8.	**¿Madre del menor en condición de vulnerabilidad?**	Habitante de la calle	
		Población adolescente	
		Persona con discapacidad	
		Desmovilizados	
		Desplazados	
		Población en centros psiquiátricos	
		Población migratoria	
		Población en centros carcelarios	
		Otro:_____	
		No aplica	X.
9.	**Estado civil de la madre del menor fallecido**	No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja	
		No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	X.
		Está separada / divorciada	
		Esta viuda	
		Esta soltera	
		Está casada	
		No sabe	
10.	**Años de escolaridad que aprobó la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el	Pre-escolar	
		Básica primaria	
		Básica secundaria	X. 11°
		Media académica o clásica	

	entrevistador cita el nombre de la persona)	Media técnica	
		Normalista	
		Técnica profesional	
		Tecnológica	
		Profesional	
		Especialización	
		Maestría	
		Doctorado	
		Ninguno	
		No sabe	
		Años de estudios aprobados: |1|1| inter.	
11.	*Anotar en la casilla correspondiente, los años de estudios aprobados en el máximo nivel alcanzado que tiene la madre del menor fallecido. Ejemplo si terminó el 6to. grado, arriba se debe marcar el número 3 y en años de estudio aprobados, marcar: | 0 | 6 |. Si completó el 11 grado, arriba marcar el número 4 si es educación académica o el número 5 si es educación técnica, y en años de estudio aprobados marcar |0 | 6 |. Se considera básica primaria hasta el grado 5, básica secundaria hasta el grado 9 y media académica o técnica hasta el grado 11.*		
12.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **sabe leer y escribir?**	Si	X
		No	
		Solo leer	
		Solo escribir	
		No sabe	
13.	**Si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **es menor de 20 años y no esta escolarizada ¿esto fue a causa de su embarazo?**	Si	X
		No	
		No sabe	
	Esta pregunta aplica, sí la madre del menor fallecido e menor de 20 años.		
14.	**De acuerdo a la cultura pueblo o rasgos físicos, la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **es o se reconoce como:**	Indígena	
		ROM	
		Raizal (San Andrés y Providencia)	
		Palenquera (San Basilio)	
		Negra, mulata, afrocolombiana o afro descendiente	
		Ninguno de los anteriores	X
		No sabe	
15.	**¿Qué ocupación u oficio tiene la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **en los últimos 6 meses?**	Ver listado de ocupaciones DANE	

		Ninguno	
16.	**Usted sabe si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **está vinculada laboralmente de una manera:**	Formal	
		Informal	
		No sabe	
17.	**¿Qué tipo de aseguramiento al sistema de salud tiene la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Contributivo	
		Subsidiado	X
		Excepción	
		Especial	
		No afiliada	
18.	**¿Cuál es el nombre de la aseguradora?** Coosalud		
	Anotar el nombre de la Empresa Administradora de planes de beneficio o Promotora de Salud (EAPB o EPS).		
19.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tenía conocimiento de que podía consultar a los servicios de salud y recibir atención médica por su estado de embarazo, parto o puerperio?**	Si	X
		No	
		No sabe	
	Si la respuesta es **no** especifique:		
20.	**¿Qué religión práctica la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Católica Romana	
		Cristiana no evangélica	
		Evangélica	
		Testigo de Jehová	
		Otra: _____	
		Ninguna	9
		No sabe	
21.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **¿es cabeza de familia? (Tiene personas a su cargo)**	Si	
		No	X
		No sabe	
22.	**Usted sabe si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **durante su embarazo, parto o puerperio**	Masajes abdominales por personal no calificado para cambiar la posición del bebe.	
		Uso de misoprostol sin prescripción ni supervisión médica para inducir o acelerar el trabajo de parto.	

	¿realizó alguna de las siguientes prácticas? Puede seleccionar más de una opción.	Uso de yerbas u otros métodos para provocar un aborto en condiciones inseguras.	
		Otra: _____	
		No realizó ninguna	X
		No sabe	
	Ampliar su respuesta:		
	FAMILIA		
23.	**Las decisiones tomadas en la familia dependen de:**	La madre del menor fallecido.	
		El padre del menor fallecido	
		La madre del menor fallecido y su cónyuge.	
		La abuela del menor fallecido.	
		El abuelo del menor fallecido.	
		Los padres del menor fallecido	X
		Otros miembros de la familia.	
		No sabe	
Las preguntas 23, 24 y 25 aplican, sí la entrevista es realizada a dos o más personas.			
24.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tiene alguno de los siguientes antecedentes con relación a violencia o maltrato:** Puede seleccionar más de una opción. Si la respuesta es No aplica pase a la pregunta 25.	Haber establecido denuncia(s) ante una autoridad por Violencia intrafamiliar.	
		Haber asistido a instituciones de salud por recibir agresiones físicas y/o sicológicas.	
		Otro:_____	
		No aplica (no fue víctima de violencia ni maltrato)	X
		No sabe	
25.	**¿Conoce usted si la madre del menor fallecido o el menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **fue víctima de algún tipo de violencia durante el embarazo, parto o puerperio, especifíquela:** Puede seleccionar más de una opción. Si la respuesta es Ninguna pase a la pregunta 26	Violencia física	
		Maltrato verbal	
		Violencia sexual	
		Abandono	
		Otra: _____	
		Ninguna	X
		No sabe	
26.	**¿El embarazo de la madre del menor fallecido**	Si	

	(Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **fue producto de una violación?**	No	X
		No sabe	
27.	**El ingreso mensual promedio del núcleo familiar es de:**	$ 1'300.000=	
		No sabe	
28.	**Cuantas personas dependen de este ingreso**	Número de personas |0|3|	

Se puede considerar que cada persona o familia necesita un ingreso mínimo para poder adquirir los bienes y servicios esenciales.
Este ingreso mínimo depende de los precios que haya en cada país para una canasta determinada de bienes y servicios.
La *forma más sencilla ha sido considerar que cada persona necesita* por lo menos dos dólares diarios para vivir dignamente (una convención internacional). DNP 2011: aprox.
5.800 pesos/día
174.000 pesos/mes
696.000 pesos/mes para una familia de 4 personas

29.	**¿Durante la entrevista se evidencia alguna de las siguientes falencias en relación con condiciones de la vivienda y saneamiento básico?** Puede seleccionar más de una opción.	Vivienda sin servicios públicos (agua, luz, alcantarillado, gas).	X
		Hacinamiento.	
		Proliferación de vectores (roedores e insectos). Presencia de basuras	
		Ninguna.	
		No se tiene acceso a la vivienda	

COMUNIDAD

30.	**¿Cuánto tiempo calcula usted que se demoraba la madre del menor fallecido,** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **para llegar al servicio de salud más cercano y que medio de transporte utilizaba?** Escriba el número de minutos, horas o días que se demora la persona en llegar al servicio de salud más cercano y el medio de transporte utilizado: a pie, en bus,	3 minutos X horas ____ días medio de transporte Uber taxi 10 minutos ____ horas ____ días medio de transporte a pie ____ minutos ____ horas ____ días medio de transporte ____

	etc.)		
En esta pregunta, si responde en días, llenar la casilla correspondiente a días, si responde en horas, anotar en la casilla correspondiente a horas y si responde en minutos, anotar en la casilla correspondiente a minutos. Al final anote el medio de transporte utilizado.			
31.	**Calcule cuánto dinero le costaban estos desplazamientos a la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)	Valor en pesos: 6.000 = No sabe _____ No Aplica:_____	
32.	**Si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **durante su embarazo, parto, puerperio o complicación del recién nacido necesitó ayuda de una red de apoyo (Comités de salud comunitarios, Asociación de mujeres, Juntas de acción comunal, entre otras) pudo acceder a ella?**	Si	
		No	X
		No existen redes sociales de apoyo	
		No necesitó ayuda	
		No sabe	
33.	**Durante la complicación que llevo a la muerte al menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tuvo acceso a medios de comunicación (telefonía celular, radio teléfono, entre otros) para pedir ayuda (Policía, Centro de salud u hospital, defensa civil, cruz roja, entre otros).**	Si tuvo acceso y obtuvo respuesta oportuna	X
		Si tuvo acceso y no obtuvo respuesta.	
		Si tuvo acceso y obtuvo respuesta no oportuna.	
		No tuvo acceso a ningún medio de comunicación.	
		No aplica	
		No sabe	
ANTECEDENTES PRECONCEPCIONALES Y PRENATALES DE LA MADRE DEL MENOR FALLECIDO			
34.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tenía algún problema de salud antes de quedar embarazada?** Si es NO pase a la pregunta 36	Si	
		No	X
		No sabe	
35.	**Especifique**	*Tuberculosis*	
		Diabetes	

		Hipertensión arterial	
		Enfermedades del tracto urinario	
		Cáncer	
		Malaria	
		VIH	
		Enfermedades cardíacas	
		Enfermedades psiquiátricas	
		Antecedentes quirúrgicos	
		Hábitos y adicciones	
		Antecedentes de violencia intrafamiliar	
		Antecedentes de abuso sexual	
		Otro ¿Cuál?	
	Especifique (Amplíe la información si considera necesario)		
36.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió información acerca del riesgo de quedar embarazada dado su problema de salud?**	Si	
		No	
		No aplica	X
		No sabe	
37.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **realizó consulta preconcepcional?**	Si	
		No	
		No sabe	
	Se pregunta por consulta preconcepcional del embarazo relacionado con la muerte		
38.	**En total, ¿cuántos gestaciones ha tenido la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **en su vida, excluyendo el relacionado con el caso? (escriba el número)** Si la respuesta es cero pase a la pregunta 47		0
39.	**¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo la gestación relacionado con el caso?** (escriba el número)		0
40.	**Del total de hijos vivos, ¿cuántos de ellos siguen vivos?** (escriba el número)		0
41.	**¿Cuántos hijos muertos ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo los de la gestación relacionado con el caso?** (escriba el número)		0
42.	**¿Cuántos partos vaginales ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo la gestación del caso?** (escriba el número)		0
43.	**¿Cuántos abortos ha tenido la madre del menor fallecido ?** (escriba el número)		0
44.	**¿Cuántas cesáreas ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo la gestación relacionada con el caso?** (escriba el número)		0

45.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tuvo algún problema de salud en alguno de los embarazos anteriores al relacionado con la muerte de este último?** Si la respuesta es No, No aplica o No sabe, pase a la pregunta 47	Si	
		No	
		No aplica	X
		No sabe	

46.	Especifique	Diabetes	
		Hipertensión arterial	
		Problemas cardíacos	
		Problemas renales	
		Otros	
		¿Cuál?	
	Especifique		

47.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió información acerca del riesgo de quedar embarazada dado su problema durante el embarazo anterior al relacionado con la muerte de este último?**	Si	
		No	
		No aplica	X
		No sabe	

48.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **estaba planificando para no quedar embarazada?** Si la Respuesta es Si pase a la pregunta 48, Si es No, pase a pregunta 49.	Si	X
		No	
		No sabe	
	Indagar sobre planificación familiar		

49.	**¿Con qué estaba planificando?** *Anotar el método de planificación familiar, puede anotar más de uno si la mujer usaba varios métodos. (DIU: Dispositivo intrauterino)*	Hormonal oral	
		Hormonal inyectable	
		Hormonal transdérmico	
		Implante - Implanon	X
		DIU medicado	
		DIU no medicado	
		Ligadura de trompas	
		Barrera	
		Métodos Naturales	
		Folclóricos	
		No sabe	

50.	**¿Por qué no estaba planificando?**	Por creencias religiosas	
		Oposición del compañero u otro familiar	

51.	Cualquier respuesta pase a la pregunta 50.	No quería, porque estaba buscando la gestación	
		No lo consideraba importante	
		No tuvo acceso	
		Otra,	
		¿Cuál?_____	
		No aplica	A.
		No sabe	
	La madre del menor fallecido (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **en algún momento pensó en interrumpir su embarazo por violación, malformación congénita o riesgo para su vida o su salud?**	Si pensó en interrumpir su embarazo y solicitó el procedimiento.	
		Si pensó en interrumpir su embarazo pero no solicitó el procedimiento.	
		No pensó en interrumpir su embarazo	X
		No sabe	

DATOS DEL EMBARAZO RELACIONADO CON LA MUERTE (ÚLTIMO EMBARAZO)

52.	**Cuando la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **quedó embarazada, ella:**	Quería embarazarse en ese tiempo	
		Quería esperar un poco más para embarazarse	A.
		No quería embarazarse	
		No sabe	
	Indagar sobre embarazo deseado o no deseado		
53.	**¿Hizo control prenatal?** Si es No, pase a la pregunta 57. Si es No sabe, pase a la pregunta 58	Si	X
		No	
		No sabe	
	Si respondió que hizo el control prenatal en este embarazo, preguntar cuántos controles hizo (si es posible, pedir que le muestren el carnet de atención) y anotarlos en la pregunta 37; si respondió que no, pasar a la pregunta 39; si respondió que "no sabe" pasar a la pregunta 40.		

54. Nombre de la (s) institución (es) y municipio (s) donde realizó el control prenatal

Nombre de la institución	Municipio	Departamento
1. Hospital N. S. C.	El. Bagre	Antioquia

55.	**¿Quiénes la atendieron durante el control prenatal?** (Puede seleccionar múltiples opciones)	Médico general	a
		Médico especialista	x
		Enfermera	x
		Promotor de salud	
		Partera empírica	
		Enfermera Obstetriz	
		Otro, especifique_____	
		No sabe	
56.	**¿A cuántos controles prenatales asistió la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)? Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 57	Numero 02 No asistió_____	
	Anotar a cuántos controles prenatales acudió la madre del menor fallecido.		
57.	**¿A qué edad gestacional inicio el control prenatal la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Semanas de gestación |16| No sabe o no se acuerda |__| Ingreso tardío, por detección tardía sin síntomas	
	Anotar a las cuantas semanas de gestación inicio el control prenatal la madre del menor fallecido.		
58.	**¿Por qué no asistió al control prenatal o dejó de asistir a alguna cita?** (Selección múltiple)	Es lejano el sitio de atención	
		Porque no le dieron permiso en el trabajo	
		Por falta de recursos económicos	
		Por experiencias negativas con el servicio de salud	
		Porque no lo consideró importante	
		El compañero o algún familiar no estaban de acuerdo	
		El servicio de salud está cerrado	
		Problemas de orden público	
		Otro, especifique_____	
		No aplica	x
		No sabe	
	Si la madre del menor fallecido *no hizo control prenatal anotar la razón por la que no*		

	lo hizo. Si la mujer fallecida si hizo control prenatal, pero faltó a una o más citas, anotar la razón por la que faltó.		
	SEÑALES DE ALERTA DE ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO RELACIONADO CON LA MUERTE DEL MENOR FALLECIDO		
59.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió instrucciones o recomendaciones para el reconocimiento de señales de alerta y el cuidado de su embarazo?** Si la respuesta es No o No sabe, pase a la pregunta	Si No No Sabe	9.
60.	*Encierre en un círculo el código que corresponda.*		
61.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **siguió estas instrucciones?**	Si No No aplica No Sabe	X
	Encierre en un círculo el código que corresponda.		
62.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **estuvo hospitalizada o requirió atención por urgencias durante el embarazo?** Si la respuesta es No o No sabe pase a la pregunta 62	Si No No sabe	X
	Encierre en un círculo el código que corresponda.		

63. Nombre de la (s) institución (es) y municipio (s) donde recibió asistencia médica durante el embarazo, parto/cesárea, atención del recién nacido relacionado con la muerte (diferente al control prenatal: hospitalizaciones y/o atenciones por urgencias)

Nombre de la institución	Municipio	Departamento
1. Hospital. N.S.C.	El Bagre	Antioquia
2. Hospital. C. Uribe	Caucasia	Antioquia
3.		

Anote el nombre de cada institución de salud y el municipio

	DATOS DE LA MORTALIDAD PERINATAL O NEONATAL TARDIA	
64.	**¿En qué fecha ocurrió el parto o cesárea?** |2|9| día |0|1| mes |2|0|2|5| año	Cesarea

	No sabe o no se acuerda |__|		
	Indague la fecha. Utilice estos códigos para los meses: Enero: 01, Febrero: 02, Marzo: 03, Abril: 04, Mayo: 05, Junio: 06, Julio: 07, Agosto: 08, Septiembre: 09, Octubre: 10, Noviembre: 11, Diciembre: 12. Se deben registrar los códigos de cada mes y día.		
65.	**¿Quién atendió el parto?**	Médico general	X
		Médico especialista	X
		Enfermera	X
		Promotor de salud	
		Partera empírica	
		Enfermera Obstetriz	
		Médico general	
		*Otro, especifique*_____	
		No sabe	
66.	***Sitio del parto:***	Domicilio	
		Institución ¿Cuál? Hosp	X
67.	¿Cuánto tiempo pasó desde que comenzó el problema (o los síntomas iniciales), que provocaron la muerte del menor (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona si lo tiene)? |__|__| meses |__|__| días |__|__| horas |__|__| minutos No sabe o no se acuerda |__|		
	En esta pregunta, calcule el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y el momento de la muerte. Solo utilice una unidad de tiempo: meses o días u horas o minutos.		
68.	**¿Quién/es la atendieron en el momento de la complicación que llevo al menor** (preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **a la muerte?** Selección múltiple	Médico general	X
		Médico especialista	X
		Enfermera	X
		Auxiliar de enfermería	X
		Partera	
		Curandero	
		Familiar/ vecino	
		Nadie la atendió	
		Otro, ¿quién? _____	
		No sabe	
	En esta pregunta se indaga sobre la (s) persona (s) que atendieron a la madre del menor *antes de su muerte. En caso de marcar la opción otro, especifique quien.*		
69.	**¿Dónde ocurrió la muerte?**	Baja complejidad	
		Mediana complejidad	X

		Alta complejidad	
		UCI	
		Traslado interinstitucional	
		Traslado domicilio-IPS	
		Domicilio	
		Otro, cual:_____	
		No sabe	
70.	**¿Consideraba la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **que su problema de salud era muy grave y que podía ocasionarle complicaciones?**	Sí	
		No	X
		No sabe	
71.	**¿Consideraban los familiares del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **que el problema de salud de la madre era muy grave y que podía ocasionarle complicaciones?**	Sí	
		No	X
		No sabe	
72.	**¿Decidieron buscar ayuda médica debido al problema de salud de la madre del menor fallecido?**	Sí	X
		No	
		No sabe	
73.	**Si no buscó/ buscaron ayuda médica, ¿Cuál/es fueron la razón/es?** *Puede seleccionar más de una opción.*	Idea de que los síntomas eran normales o pasajeros	
		Falta de confianza en el centro de salud / hospital	
		Temor por haberse hecho un aborto	
		Falta de dinero para transportarse	
		Tener que pagar la atención	
		Falta de medio de transporte en ese momento	
		Lejanía del centro de salud/hospital	
		Problemas de orden público	
		Oposición familiar	
		Otra: (especifique_____	
		No sabe	
		No aplica	X
74.	**Cuando le(s) informaron sobre el fallecimiento del menor,** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **¿Le(s) explicaron por qué razón había muerto?**	Si	
		No	X
		No sabe	
	Amplíe su respuesta: No aguanto la droga para maduración de los pulmones - por paro cardiorrespiratorio		
75.	**Condición final del producto de la gestación**	Muerte fetal (murió en útero y no nació)	
		Durante el parto	

ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT.890984221-2

FECHA:16/01/2024 CODIGO: F-GS-017

ACTA DE VISITA DE SEGUIMIENTO A ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA

FECHA Y HORA DEL SEGUIMIENTO	DIA	MES	AÑO	HORA
	20	02	2025	5:00 PM

20/01/202

1. Datos generales

NOMBRE y APELLIDOS	Maria luisa Hernandez Angulo	FECHA NACIMIENTO:	DD 12	MM 06	AAAA 2007		
TIPO DE IDENTIFICACION	CC	TI X	RC	MS	AS	No. 1.038.106.517	
EDAD	17 Años	SEXO	M	F X			
DIRECCION DE RESIDENCIA:		BARRIO O VEREDA: B. Villa del Socorro	AREA:	URBANO X	RURAL		
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	UNION LIBRE X	CASADO	OTRO	IPS DE ATENCION MEDICA: Hospital IU.S.C	TELEFONO: 3128100954	
LUGAR DE RESIDENCIA	ULTIMOS 3 MESES: Villa del Socorro	PESO:	TALLA:	PERIMETRO BRAQUIAL:			
GRUPO ETNICO:	RAIZAL	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	PALENQUERO	OTRO: Ninguno	¿RECIBEN ALGUN TIPO DE SUBSIDIO ECONOMICO? SI___ NO X	PLANIFICACION FAMILIAR SI___NO___ NO APLICA X
GRUPO POBLACIONAL:	PERSONA CON DISCAPACIDAD	DESPLAZADO X	MIGRANTE	DESMOVILIZADO	LGTBIQ+	GESTANTE X	PRIVADOS DE LA LIBERTAD
HABITANTE DE LA CALLE	OTRO	NUMERO DE HIJOS: 01 Emb.					
OCUPACION: Ama de casa	ESCOLARIDAD:	SIN ESCOLARIDAD	PRIMARIA 3º.	BACHILLER	TECNICO	TECNOLOGO	PROFESIONAL
POSGRADO							
REGIMEN DE AFILIACIÓN:	C	S X	E	N	P	EPS: Coosalud	ACUDIENTE: Enidia Angulo 2aen TELEFONO: 3215744382
TIPO VIVIENDA:	CASA X Familiar	APARTAMENTO	ALBERGUE	HABITACION	SE REFUERZAN CONOCIMIENTOS FRENTE AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD: SI X NO___		
No DE PERSONAS EN LA VIVIENDA:	03	No DE HABITACIONES:	1	No DE PERSONAS POR HABITACION:	03.		
ILUMINACION:	SI X	NO	VENTILACION	SI X	NO	HACINAMIENTO	SI X
NO	¿CUANTAS PERSONAS DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE USTED?	0-1 X	2-3	4-6	CUANTAS COMIDAS INGIERE AL DIA	1	2
3 X	INGRESOS ECONOMICOS: VALOR: 800.000						
SERVICIOS PUBLICOS: LUZ: Sí	AGUA POTABLE: Sí	EVENTO DE SEGUIMIENTO: Materna varicela	PRACTICA ALGUNA RELIGION: Ninguna	CATOLICA	EVANGELICA	TESTIGO DE JEHOVA	SE REALIZA CANALIZACION A OTROS PROGRAMAS DE PMS: SI___NO___ NO APLICA___
TRATAMIENTO: SI X NO___	RESULTADO DE LA VISITA: EFECTIVA X FALLIDA___						
ALCANTARILLADO: No	RECOLECCION DE BASURA: Sí	SE DERIVA A VALORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS: SI___NO___ NO APLICA X	SE DERIVA A VALORACION POR CONSULTA MEDICA PRIORITARIA: SI___NO X NO APLICA___	VALORACION POR ESPECIALISTAS SI X NO___			

2. Condiciones de salud: describir sintomatología y datos del evento.

Se realiza visita a materna. quien se observa en buenas condiciones generales, con vacuna de varicela, primera vez que presenta brote. a la fecha con 6 controles prenatales, valoración con ginecología nutricion, en seguimiento por bajo peso, ecografía 2, FPP - 3 Abril. Feto de sexo Femenino, Semanas a la fecha de la complicacion 18/01/25. remitida a montería el 20 de enero con Fiebre, cefalea dolor bajito, dolor en espalda, había consultado 2 veces por urgencias, le informaron que era normal las ronchas por calor.. 2 semanas con fiebre, ademas con anemia y IVU. a5us 29+4 semanas de gestación. No viajes, no familiares o conocidos con brote de varicela, carnet de vacunas no cuenta. solo tiene las actuales toxoide tetánico, tdap acelular, influencia gestacional.

Constancia de lo anterior, firma paciente: Maria Hernandez

SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible para conocer el caso.

1. DATOS DE CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M☐ F☒ **1.2** Edad: 48 **1.3** Nombre y apellidos: Claudia Patricia Hurtado **1.4** Tipo de documento de identidad: CC☒ RC☐ PS☐ CE☐ NUIP☐ Otro☐

1.5 Número de identificación: 43'897.917 **1.6** Ocupación: Ama de casa **1.7** Etnia: Indígena☐ Afrocolombiano☒ Raizal☐ Rrom gitano☐ Si es indígena indique el pueblo_____.

1.8 Escolaridad: Sin escolaridad☐ Primaria☐ Bachillerato☒ Técnico☐ Profesional☐ Posgrado☐ 10° **1.9** Estado Civil: Soltero(a)☒ Casado(a)☐ Unión Libre☐ Otro☐ **1.10** Departamento/Distrito Antioquia

1.11 Dirección de residencia: diagonal al restaurante 2 cuadras ala Bqa del Barrio Sagrado Corazón **1.12** Municipio **1.13** Localidad/comuna/vereda. **1.14** Barrio. Torbe **1.15** Área geográfica: Zona Urbana☐ Rural☐ Rural dispersa☐

1.16 Tipo de vivienda: Casa☒ Apartamento☐ Albergue☐ Centro Protección☐ Ninguna☐ Familiar **1.17** Tipo de trabajo: Empleado☐ Independiente☐ Desempleado☒ **1.18** Régimen de afiliación en salud: Contributivo☐ Subsidiado☒ No asegurado☐ Régimen Especial☐

1.19 Nombre de la EAPB: Coosalud. **1.20** Grupo poblacional: Privado de la libertad☐ habitante de calle☐ migrante☐ trabajador de la salud☐ desplazado☒ persona con discapacidad☐ desmovilizado☐ víctima del conflicto☐ madres comunitarias☐ población LGBTI☐ Otro☐ ¿Cuál? cabeza de familia

1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1☐ 2-3☒ 4-6☐ >6☐

1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento Sí☐ No☒ Falta ventilación Sí☒ No☐ Iluminación Sí☒ No☐

1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0☐ 1☐ 2-3☒ 4-6☐ >6☐

1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz☒ agua☒ alcantarillado☒ gas☒ internet☐ televisión☒ teléfono☐ recolección de basuras☒

1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene☒ < 1 SMLMV☐ 2-3 SMLMV☐ >4 SMLMV☐ Recibo aparte del hijo

1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1☐ 2☒ 3☐ >3☐

1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí☐ No☒

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar☐ Extrapulmonar☒ Meníngea☐ Especifique la localización extrapulmonar: _____.

2.2 Condición de ingreso: Nuevo☒ Recaída☐ Fracaso☐ Recuperado tras pérdida☐ Otro☐

2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí☐ No☐ Prueba Molecular: Sí☐ No☐ Baciloscopia: Sí☐ No☐ Radiografía de tórax: Sí☐ No☐ Diagnóstico clínico: Sí☐ No☐

2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-)☐ 1 a 9 BAAR☐ +☐ ++☐ +++☐ NR☐ Contaminado☐ Prueba molecular: No detectado☐ Detectado☐ No interpretable☐ Resistente a: rifampicina☐ isoniacida☐ quinolonas☐ aminoglucósidos☐ Baciloscopia: (-)☐ 1 a 9 BAAR☐ +☐ ++☐ +++☐ NR☐

2.5 Tipo de caso: TB Sensible☐ TBMDR/RR☐ TB Mono H☐ TBXDR☐

2.6 Fecha de diagnóstico:

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se diligencia previo a la visita a partir de la ficha de tratamiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa:

3.2 Fecha de inicio 1 Fase:

3.3 Fecha de inicio 2 Fase:

3.4 Tipo de tratamiento prescrito en el momento de la visita: Estandarizado RHZE Sí☐ No☐ Individualizado 1 fase Sí☐ No☐ Estandarizado RH Sí☐ No☐ Individualizado 2 fase Sí☐ No☐ Estandarizado TB MDR/RR Sí☐ No☐ Individualizado TB MDR/RR Sí☐ No☐ Estandarizado TBXDR Sí☐ No☐ Individualizado TBXDR Sí☐ No☐ Estadarizado RHZE y Lfx Sí☐ No☐

3.5 Dosis de tratamiento completado a la fecha de la visita: 1ª visita dosis:_____. fase I☐ fase II☐ 2ª visita dosis:_____. fase I☐ fase II☐ 3ª visita dosis:_____. fase I☐ fase II☐ 4ª visita dosis:_____. fase I☐ fase II☐

3.6 Comorbilidades/factores de riesgo. VIH Sí☐ No☐ Diabetes Sí☐ No☐ Cáncer Sí☐ No☐ EPOC Sí☐ No☐ Enf.Renal Sí☐ No☐ Enf.Hep Sí☐ No☐ Desnutrición Sí☐ No☐ Enf. Mental. Sí☐ No☐ Alcoholismo: Sí☐ No☐ Tabaquismo Sí☐ No☐ Consumos psicoactivos Sí☐ No☐ Otra☐ ¿Cuál?____

→ 320 598 8645.

3.6 Acceso a controles médicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:
1 mes Sí☐ No☒ NR☐
3 mes Sí☐ No☐ NR☐
5 mes Sí☐ No☐ NR☐
Controles adicionales para TF FR:
Sí☐ No☐ NR☐ Incompletos☐

3.7 Acceso a controles de enfermería a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:
1 mes Sí☐ No☒ NR☐
2 mes Sí☐ No☐ NR☐
3 mes Sí☐ No☐ NR☐
4 mes Sí☐ No☐ NR☐
5 mes Sí☐ No☐ NR☐
6 mes Sí☐ No☐ NR☐
Controles adicionales para TF FR:
Sí☐ No☐ NR☐
incompletos☐
No aplica☐

3.8 Acceso a controles bacteriológicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:
- Al finalizar fase intensiva:

Sí☐ No☐ positivo☐ negativo☐
No reporta☐
- En la mitad de la fase de continuación:

Sí☐ No☐ positivo☐ negativo☐
No reporta☐
- Al finalizar el tratamiento:

Sí☐ No☐ positivo☐ negativo☐
No reporta☐

3.9 Acceso a controles de nutrición a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:
1 mes Sí☐ No☒ NR☐
3 mes Sí☐ No☐ NR☐
5 mes Sí☐ No☐ NR☐
6 mes Sí☐ No☐ NR☐

3.10 Acceso a controles de psicología a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:
1 mes Sí☐ No☒ NR☐
3 mes Sí☐ No☐ NR☐
5 mes Sí☐ No☐ NR☐
6 mes Sí☐ No☐ NR☐

3.11 Acceso a valoración trabajo social a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:
Antes de iniciar el tratamiento
Sí☐ No☐ Incompletos☐
Controles adicionales para TF FR: Sí☐ No☐
No aplica☐ incompletos ☐

3.12 Reacciones adversas durante el tratamiento:
Ninguna☐ Alergia☒ Prurito☐ Intolerancia gástrica☐ ictericia☐
Nauseas☐ Vomitó☐ Alteración visual☐ Alteración auditiva☐ Otro ☐ ¿Cuál? Cefalea, Mareo

3.13 ¿Recibe tratamiento ARV?
Sí☐ No☒ No registra ☐ No aplica ☐

3.14 ¿Recibe trimetoprim sulfa?
No☒ No registra ☐ No aplica ☐

3.15 Modalidad de tratamiento observado TDO:
TDO en IPS☐ TDO en comunidad☐ TDO domiciliario☐
TDO Virtual☐ TDO Hospitalario☐

3.16 Fecha de finalización del tratamiento

3.17 Condición de egreso al tratamiento:
Curado☐ Terminado☐ Fracaso☐
Fallecido☐ Pérdida en el seguimiento☐ No evaluado☐

13:

4. IDENTIFICACION DE CONTACTOS (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

Realice la identificación de contactos especialmente aquellos que convivan más de 6 horas con el caso índice en el contexto familiar, institucional, escolar, comunitario. (Ver planilla de registro página 5).

5. ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (se aplica en la primera visita)

Pregunta orientadora indague en la persona	Caracterice las respuestas de la persona	Describa los hallazgos relevantes
5.1 ¿Cuál es la causa de la tuberculosis?	No sabe☐ Bacteria☒ Virus☐ Hongo☐ Parásito☐ Espíritus☐ otro☐ ¿cuál? _____.	
5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis?	No sabe☐ al toser☒ al dar la mano☐ al compartir alimentos☐ por un beso☐ por relaciones sexuales☐ hereditaria☐ otro☐ ¿Cuál? _____.	
5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad?	Tos☒ fiebre☒ pérdida de peso☒ sudoración☒ otro☐ ¿Cuál? Escalofrio, cefalea.	
5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis?	Sí☒ No☐ No sabe ☐ En caso de que no ¿Por qué no? _____.	
5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse que tenía tuberculosis?	Lo tomo normal☐ oculto su diagnóstico☐ tuvo llanto☐ Sintió miedo☒ tuvo ansiedad☐ otro☐ ¿Cuál? _____.	
5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnóstico de TB?	Sí☒ No☐ No saben ☐ En caso de que no ¿Por qué no? _____.	
5.7 ¿Cómo fue la reacción de su pareja al enterarse de su enfermedad?	Lo tomo normal☐ oculto su diagnóstico☐ tuvo llanto☐ Sintió miedo☐ tuvo ansiedad☐ otro☐ ¿Cuál? no tiene	
5.8 ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al enterarse de su enfermedad?	No saben ☐ Buena☒ Regular☐ Mala ☐ No responde☐	
5.9 ¿Qué aspectos de su vida considera se han afectado por su enfermedad?	Ninguna☐ familia☐ amigos☐ trabajo☒ vida social☐ Otro☒ ¿Cuál? Salud - Cirugia.	
5.10 ¿Usted ha perdido su empleo a causa de su enfermedad?	Sí ☐ No☐ No aplica☒ Si es si ¿Por qué? _____.	
5.11 ¿Se ha sentido estigmatizado o rechazado por alguien a causa de su enfermedad?	No☒ Sí☐ Sí es si, ¿por quienes?: familia☐ amigos☐ personal de salud☐ compañeros de trabajo☐ otro☐	
5.12 ¿Conoce alguien cercano que haya tenido la enfermedad?	Sí☐ No☒ Sí es si ¿Quién? Familiar☐ amigo☐ compañero de trabajo☐ otro☐	
5.13 ¿Qué hábitos de vida saludable usted práctica?	Ejercicio diario☐ Come frutas y verduras☐ No fuma☒ No consume alcohol☒ Otros☐ ¿Cuál? _____.	

6. EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN EN SALUD. (se aplica en la primera visita)

6.1 ¿Antes de su diagnóstico alguna vez recibió información y educación en salud frente a la tuberculosis? Sí ☐ No ☒ No aplica ☐

6.2 ¿A dónde consultó cuando tuvo los primeros síntomas de la enfermedad? A la droguería ☐ solicito cita a su EPS ☐ acudió a urgencias ☒ médico particular ☐ utilizó remedios caseros ☐ No aplica ☐

6.3 Luego de que presentara los primeros síntomas, ¿considera que existió demora para saber que tenía la enfermedad? Sí ☐ No ☒ No aplica ☐

6.4 ¿Tuvo que pagar de su bolsillo exámenes para el diagnóstico de su enfermedad? Sí ☐ No ☒ No aplica ☐ En caso de que si ¿Cuánto tuvo que invertir aproximadamente? _____.

6.5 ¿Alguna vez se ha sentido estigmatizado o rechazado por el personal de salud? Sí ☐ No ☒ No aplica ☐

6.6 ¿Ha tenido dificultades por autorizaciones o para acceder a las citas médicas, exámenes o procedimientos relacionados con su enfermedad? Sí ☐ No ☒ No aplica ☐

6.7 ¿Ha tenido alguna interrupción o demora en la administración de tratamiento de su enfermedad? Sí ☐ No ☒ No aplica ☐

6.8 ¿El sitio donde la administran el tratamiento observado es de fácil acceso para usted? Sí ☒ No ☐ No aplica ☐

6.9 ¿Por qué perfiles ha recibido educación y orientación acerca de su tratamiento y adherencia? Médico ☒ Enfermero ☒ Psicólogo ☐ Auxiliar de enfermería ☐ Trabajador social ☐ Promotor de salud ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____. Medellín

6.10 ¿Usted asiste a algún grupo de apoyo o hace parte de alguna asociación de personas afectadas por TB? Sí ☐ No ☒ No conoce ☐

6.11 ¿Cómo evalúa la atención que le ha brindado su EAPB y su IPS? Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

6.12 ¿Ha recibido seguimiento telefónico por parte del personal de salud? Sí ☒ No ☐ No aplica ☐

6.13 ¿Le han socializado la carta de derechos y deberes de las personas afectadas? Sí ☒ No ☐

70 kg.
- 62. kg.

7. PLAN DE SEGUIMIENTO PRIMERA VISITA:

7.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria? Sí ☒ No ☐ No aplica ☐

7.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias? Sí ☐ No ☐ No aplica ☒

7.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición?: Sí ☒ No ☐ No aplica ☐

7.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? ☒ No ☐ No aplica ☐

7.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros) Sí ☐ No ☐ No aplica ☐ - Tuberculosis

7.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia? Sí ☒ No ☐ No aplica ☐

7.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros). Sí ☒ No ☐ No aplica ☐

7.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad? Sí ☒ No ☐

7.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración? Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

7.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

_____
_____
_____
_____
_____

7.11 Resultado de la visita Efectiva ☒ Fallida ☐ No realizada ☐

7.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa) 26/02/2025.

7.13 Nombre del profesional que realiza la visita: Paola Borjes.

8. PLAN DE SEGUIMIENTO SEGUNDA VISITA:

8.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria? Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias? Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición?: Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros) Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia? Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?
Sí ☐ No ☐

8.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

8.11 Resultado de la visita
Efectiva☐ Fallida☐ No realizada☐

8.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)

8.12 Nombre del profesional que realiza la visita:

9. PLAN DE SEGUIMIENTO TERCERA VISITA O VISITA ADICIONAL:

9.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición?:
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.4 ¿Se deriva a valoración por psicología?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros)
Sí ☐ No☐ No aplica ☐

9.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia?
Sí ☐ No☐ No aplica ☐

9.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?
Si ☐ No ☐ aplica ☐

9.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

8.11 Resultado de la visita
Efectiva☐ Fallida☐ No realizada☐

8.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)

8.12 Nombre del profesional que realiza la visita:

10. CONSTANCIA DE VISITAS (se actualiza según el seguimiento)

Claudia Hurtado
Firma de la persona afectada o su acudiente 1° Visita

Firma de la persona afectada o su acudiente 2° Visita

Firma de la persona afectada o su acudiente 3° Visita

Firma del profesional que realiza la 1°Visita

Firma del profesional que realiza la 2° Visita

Firma del profesional que realiza la 3° Visita

Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.

Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.

Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.

Firma del profesional que realiza la visita adicional

Firma del profesional que realiza la visita adicional

Firma del profesional que realiza la visita adicional

En caso de que se efectúen visitas de seguimiento adicional adicione una hoja respectivamente.

4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS

4.1 Nombre y apellidos del caso índice: Claudia Patricia Hurtado

4.2 Tipo de documento de identidad: CC ☑ RC ☐ PS ☐ CE ☐ NUIP ☐ Otro ☐

4.3 Número de identificación: 43.697.917

4.4 Dirección: Sta. Cruz

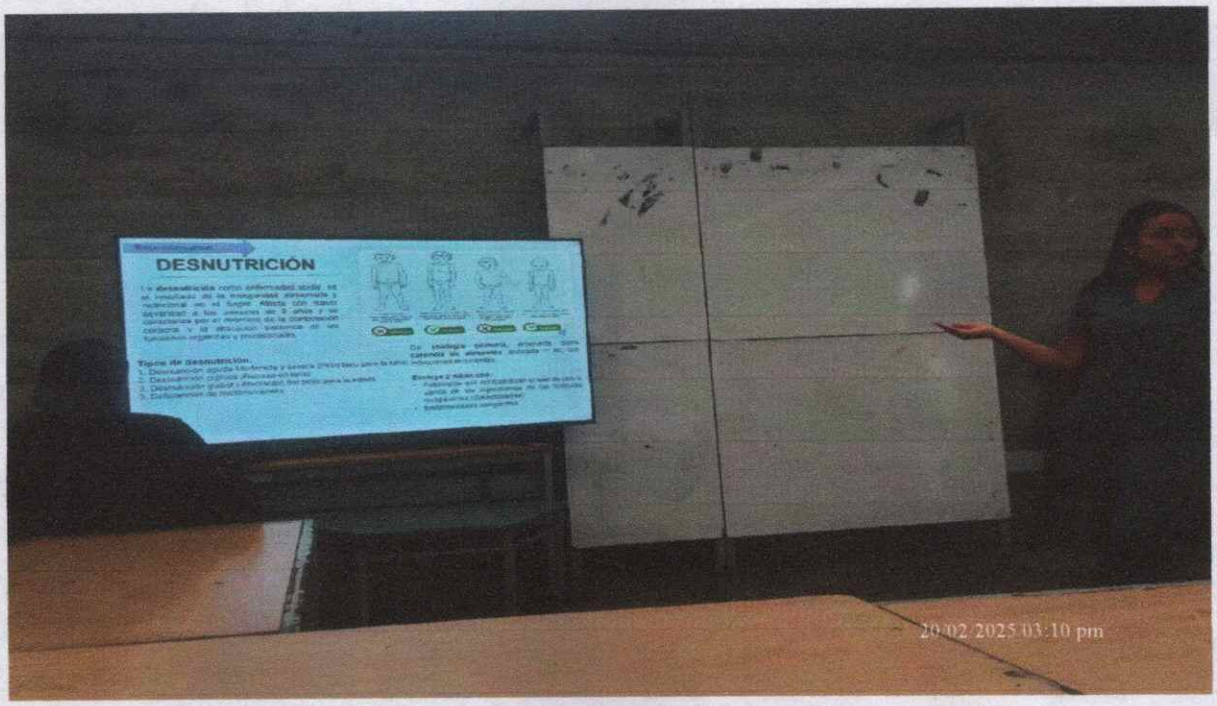
4.5 Departamento/Distrito: Antioquia

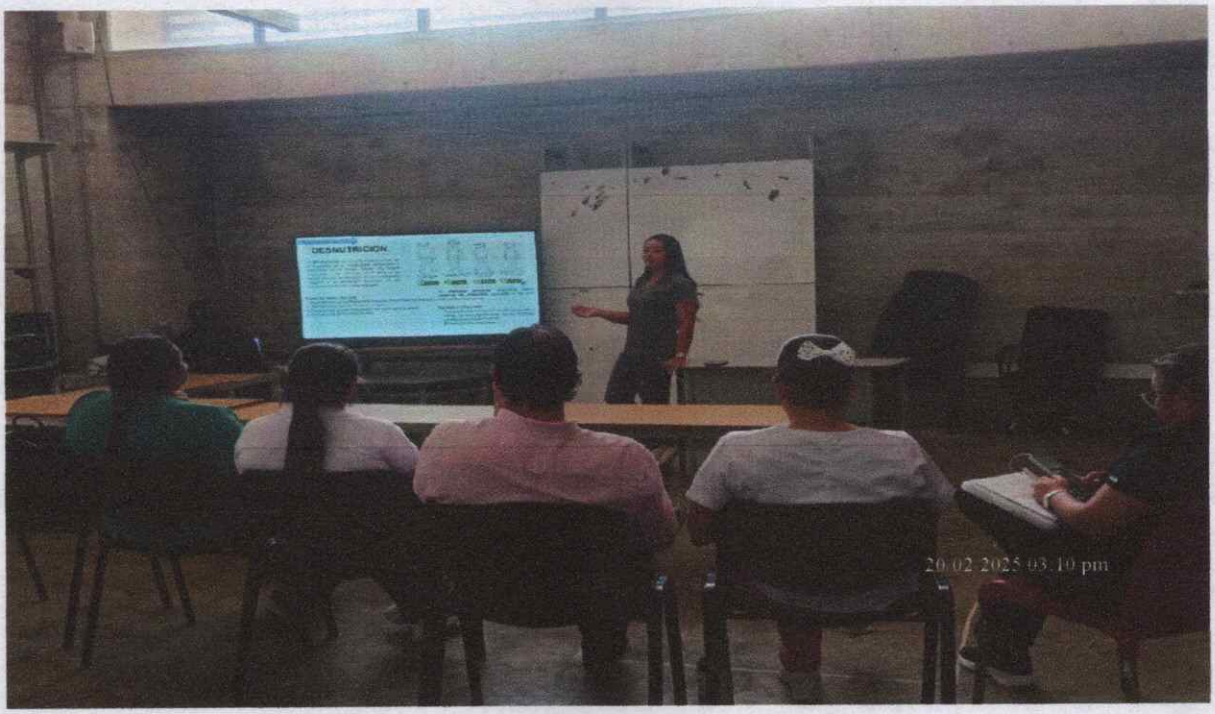
4.6 Municipio. El Bagre

Fecha de registro contacto	Nombres y apellidos del contacto	Edad	Documento de identificación	Dirección	Teléfono	EAPB	Tipo de contacto	Régimen de afiliación	Grupo poblacional	Factores de riesgo	Sintomático respiratorio (SR)	Descarte de TB (solo aplica si es SR)	Prueba de tuberculina (solo se aplica si no tiene síntomas)	Rx Tórax (Solo se hace si PPD es positiva)	Profilaxis (Solo si PPD es positiva y Rx normal sin síntomas respiratorios)
26-02-25	Sorlin Yuliana Hurtado Hurtado	20.	1.040.041.440	Sta. Cruz	3205718645	Coosalud	Familiar ☑ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐ Escolar ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	≤5 años ☐ 6≤ a 15 años ☐ VIH/SIDA ☐ Indígena ☐ LGBTI ☐ Migrante ☐ Privado de libertad ☐ Trabajador salud ☐ Habitante de calle ☐ Otro ☐ ¿Cual?	Trasplante ☐ Tratamiento inmunosupresor ☐ Silicosis ☐ Cáncer ☐ Diabetes ☐ Enf. Renal ☐ Artritis ☐ Cáncer ☐ Desnutrición ☐ Otro ☐ ¿Cual?	1º visita: Si ☐ No ☐ 2º visita: Si ☐ No ☐ 3º visita: Si ☐ No ☐ Visita adicional: Si ☐ No ☐	Cultivo líquido Si ☐ No ☐ NR ☐ positivo ☐ negativo ☐ contaminado ☐ Prueba molecular Si ☐ No ☐ NR ☐ Detectado ☐ No detectado ☐ No interpretable ☐ Baciloscopia Si ☐ No ☐ NR ☐ positivo ☐ negativo ☐	1º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐ 2º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐ 3º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐	Si ☐ No ☐ NR ☐ Normal ☐ Alterado ☐	Si ☐ No ☐ Egreso de profilaxis: Terminado ☐ Fallecido ☐ Abandono ☐ No evaluado ☐ Fecha: _____.
-02-25	Luis Gustavo Hernandez		16.605.196	Sta. Cruz	3127533131	Coosalud	Familiar ☑ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐ Escolar ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☑ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	≤5 años ☐ 6≤ a 15 años ☐ VIH/SIDA ☐ Indígena ☐ LGBTI ☐ Migrante ☐ Privado de libertad ☐ Trabajador salud ☐ Habitante de calle ☐ Otro ☐ ¿Cual?	Trasplante ☐ Tratamiento inmunosupresor ☐ Silicosis ☐ Cáncer ☐ Diabetes ☐ Enf. Renal ☐ Artritis ☐ Cáncer ☐ Desnutrición ☐ Otro ☐ ¿Cual?	1º visita: Si ☐ No ☐ 2º visita: Si ☐ No ☐ 3º visita: Si ☐ No ☐ Visita adicional: Si ☐ No ☐	Cultivo líquido Si ☐ No ☐ NR ☐ positivo ☐ negativo ☐ contaminado ☐ Prueba molecular Si ☐ No ☐ NR ☐ Detectado ☐ No detectado ☐ No interpretable ☐ Baciloscopia Si ☐ No ☐ NR ☐ positivo ☐ negativo ☐	1º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐ 2º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐ 3º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐	Si ☐ No ☐ NR ☐ Normal ☐ Alterado ☐	Si ☐ No ☐ Egreso de profilaxis: Terminado ☐ Fallecido ☐ Abandono ☐ No evaluado ☐ Fecha: _____.
26-02-25	Yonier Steven Hurtado Hurtado	27	1.037.333.962	V. la unión	3205718645	Coosalud	Familiar ☑ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐ Escolar ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☑ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	≤5 años ☐ 6≤ a 15 años ☐ VIH/SIDA ☐ Indígena ☐ LGBTI ☐ Migrante ☐ Privado de libertad ☐ Trabajador salud ☐ Habitante de calle ☐ Otro ☐ ¿Cual?	Trasplante ☐ Tratamiento inmunosupresor ☐ Silicosis ☐ Cáncer ☐ Diabetes ☐ Enf. Renal ☐ Artritis ☐ Cáncer ☐ Desnutrición ☐ Otro ☐ ¿Cual?	1º visita: Si ☐ No ☐ 2º visita: Si ☐ No ☐ 3º visita: Si ☐ No ☐ Visita adicional: Si ☐ No ☐	Cultivo líquido Si ☐ No ☐ NR ☐ positivo ☐ negativo ☐ contaminado ☐ Prueba molecular Si ☐ No ☐ NR ☐ Detectado ☐ No detectado ☐ No interpretable ☐ Baciloscopia Si ☐ No ☐ NR ☐ positivo ☐ negativo ☐	1º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐ 2º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐ 3º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐	Si ☐ No ☐ NR ☐ Normal ☐ Alterado ☐	Si ☐ No ☐ Egreso de profilaxis: Terminado ☐ Fallecido ☐ Abandono ☐ No evaluado ☐ Fecha: _____.
							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐ Escolar ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	≤5 años ☐ 6≤ a 15 años ☐ VIH/SIDA ☐ Indígena ☐ LGBTI ☐ Migrante ☐ Privado de libertad ☐ Trabajador salud ☐ Habitante de calle ☐ Otro ☐ ¿Cual?	Trasplante ☐ Tratamiento inmunosupresor ☐ Silicosis ☐ Cáncer ☐ Diabetes ☐ Enf. Renal ☐ Artritis ☐ Cáncer ☐ Desnutrición ☐ Otro ☐ ¿Cual?	1º visita: Si ☐ No ☐ 2º visita: Si ☐ No ☐ 3º visita: Si ☐ No ☐ Visita adicional: Si ☐ No ☐	Cultivo líquido Si ☐ No ☐ NR ☐ positivo ☐ negativo ☐ contaminado ☐ Prueba molecular Si ☐ No ☐ NR ☐ Detectado ☐ No detectado ☐ No interpretable ☐ Baciloscopia Si ☐ No ☐ NR ☐ positivo ☐ negativo ☐	1º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐ 2º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐ 3º visita: Si ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐	Si ☐ No ☐ NR ☐ Normal ☐ Alterado ☐	Si ☐ No ☐ Egreso de profilaxis: Terminado ☐ Fallecido ☐ Abandono ☐ No evaluado ☐ Fecha: _____.

(Imprima esta hoja cuantas veces considere necesario para registrar los contactos identificados y su seguimiento)

COVE MUNICIPAL





ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT: 890984221-2

REGISTRO DE ASISTENCIA
ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE EL BAGRE

ÁREA RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	CODIGO: F-DE-01A Version: 4

EVENTO/ ACTIVIDAD

TEMA: COVE Municipal: Socialización del Protocolo de desnutrición en menores de 5 años, cod 113. Resolución 2350 de 2020.

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
20	02	2025.

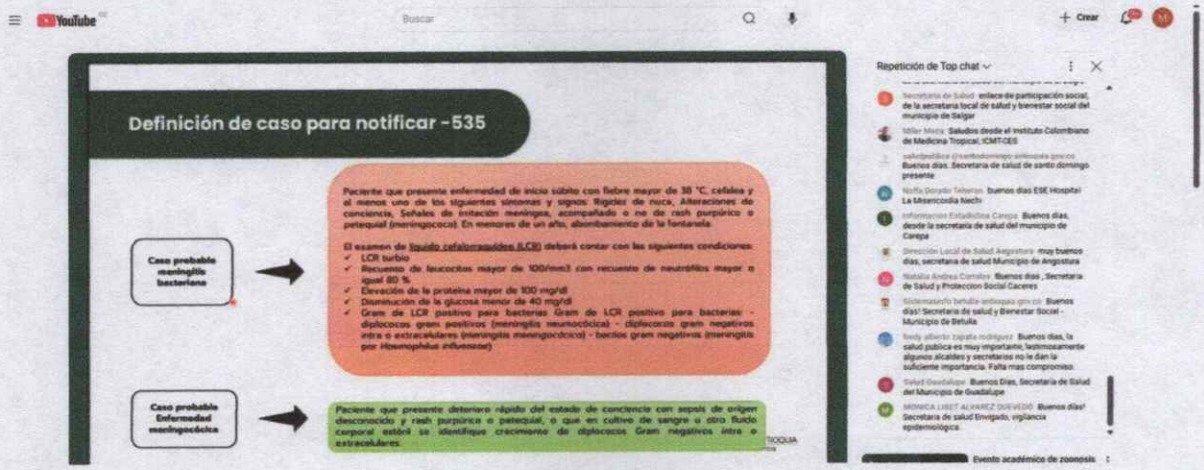
LUGAR DEL EVENTO	FACILITADOR	HORA
Parque Yamesiés		2:30 - 4:00 pm.

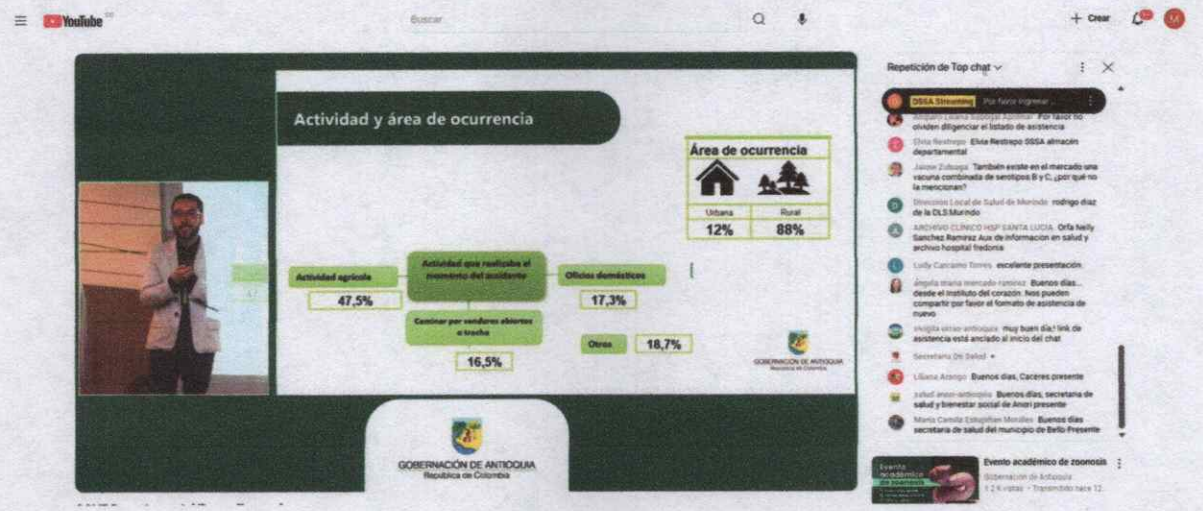
ASISTENTES

Nº	NOMBRE	DEPENDENCIA/ ORGANIZACIÓN	EMAIL	TEL/CELULAR	FIRMA
01	Arlet Menco Daza	ESE HNSC	Nacimiento@hospitalnuestra senoradelbagre.gov.co	3116149209	Arlet Menco
02	Yarelys Montiel.	SONU salud.	Yarelys.montiel@saludcapital.gov.co	3002009893	Yarelys Montiel
03	Gloria Tatiana P	Salud Familia y comunidad.	yanitatiana@saludfamilia.com.co	3108947285	GLORIA TATIANA S
04	Santiago Osorio	Medicina	coordinacion.medica@medicauca.com	3117232904	
05	María Enes Lozano	coord PMS	epidemiologicahospitalelnaya@hotmail.com	3148328758	
06	Yabely Guevara	Sec. salud	[illegible]	3202553103	
07	Osvaldo Martinez	SSEIS	Osvaldo.martinez@cuntiva.gov.co	3147280762	Osvaldo Martinez
08	Paola Andrea Borjes	Secretaria de salud	Paolaandrea0617@gmail.com	3116974663	
09	Angelica Martinez	ESE HNSC	martinezangelica660@gmail.com	3217679007	ANGELICA M.
10					
11					
12					
13					
14					
15					

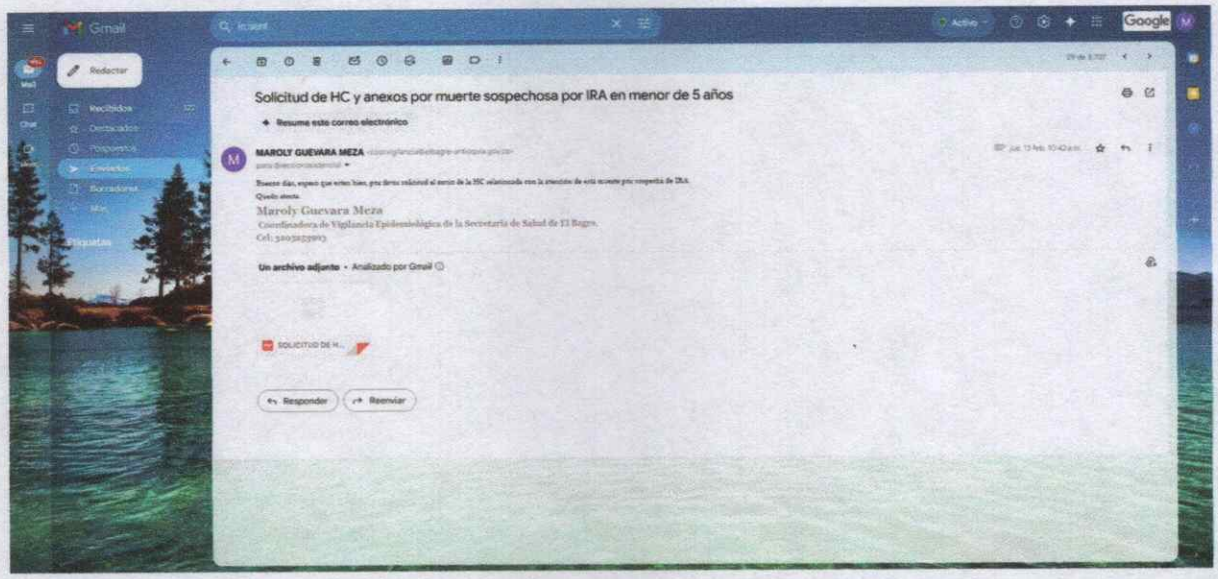
NOTA: Autorizo el tratamiento de datos personales de conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la Circular Externa 002 de 2015 expedida por la Superintende de Industria y Comercio.

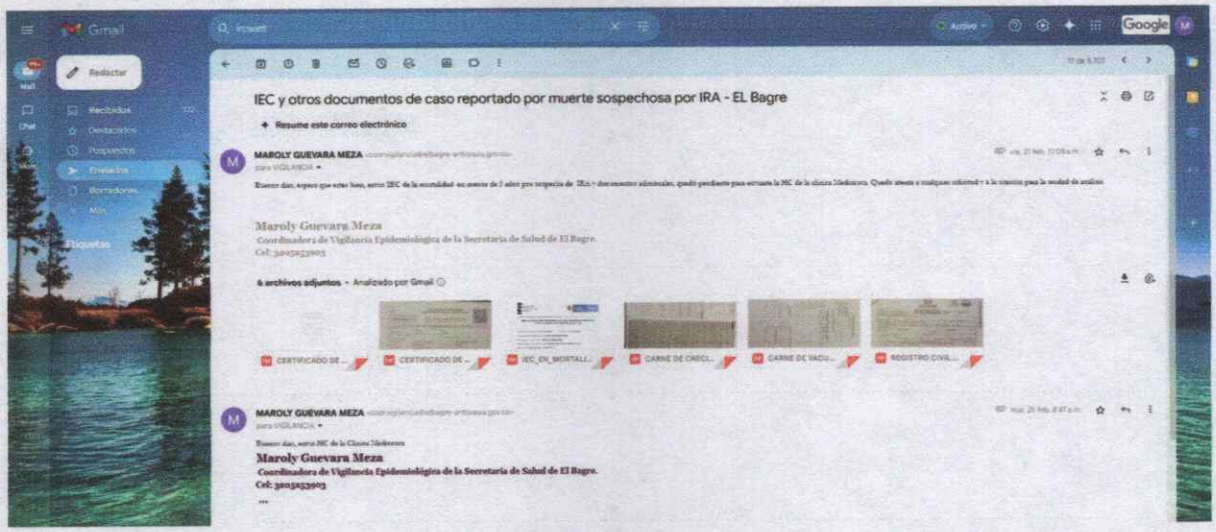
COVE DEPARTAMENTAL





SOLICITUD Y ENVÍO DE HC





El Bagre, 13 de febrero de 2025

Señora
EMY PALMA
Gerente Clínica Medicauca
El Bagre, Antioquia

Asunto: solicitud de HC por caso sospechoso de muerte por Infección Respiratoria Aguda en menor de 5 años.

Cordial saludo:

La Secretaría de Salud y Protección Social del municipio de El Bagre, desde el área de vigilancia epidemiológica dando cumplimiento a los requerimientos solicitados por la SSSA, se solicita:

- Historia clínica completa (notas médicas y de enfermería, medicamentos ordenados, etc.).
- Resultado de paraclínicos y ayudas diagnosticadas realizadas
- Bitácora de remisión

Por favor enviar toda la documentación solicitada, esto con el fin de realizar análisis municipal y enviar estos documentos a la SSSA

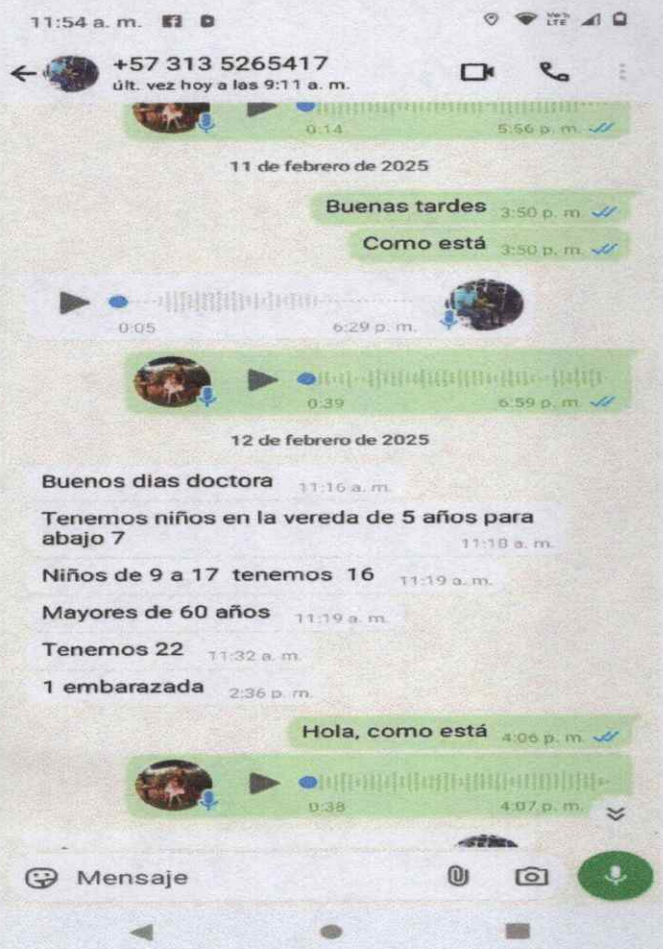
NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE
RC: 1.040.525.064	EMMANUEL JOSE BELLO FONSECA

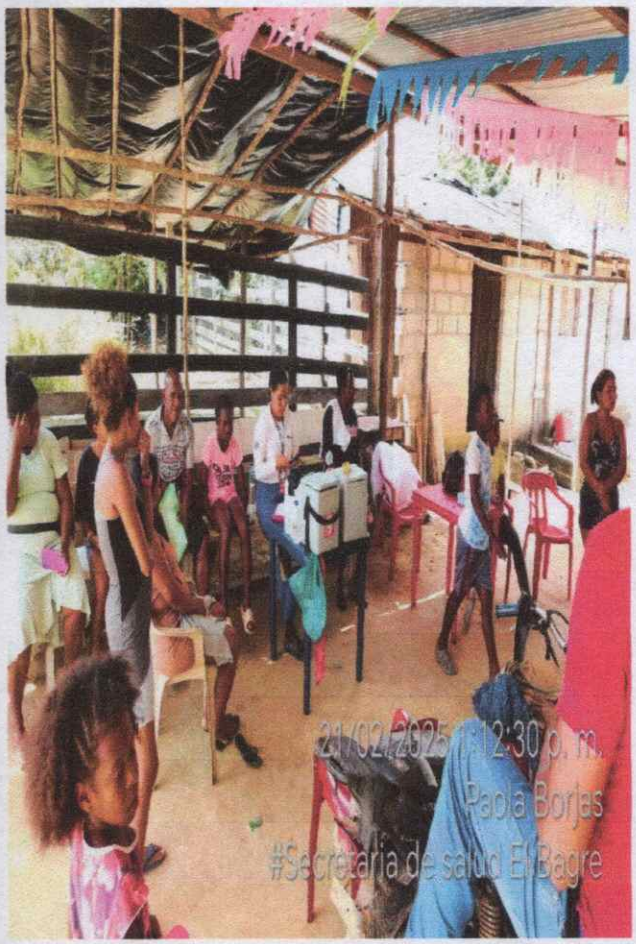
NOTA: enviar la información al correo: coor.vigilancia@elbagre-antioquia.gov.co en el menor tiempo posible.

ADR IANA ALEJANDRA AMAYA ACEVEDO
Secretaria de Salud y Protección Social
Intervinieron en el documento

Firma: Maroly Guevara Meza T.P. 7[illegible] UNAC	**Firma:**
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

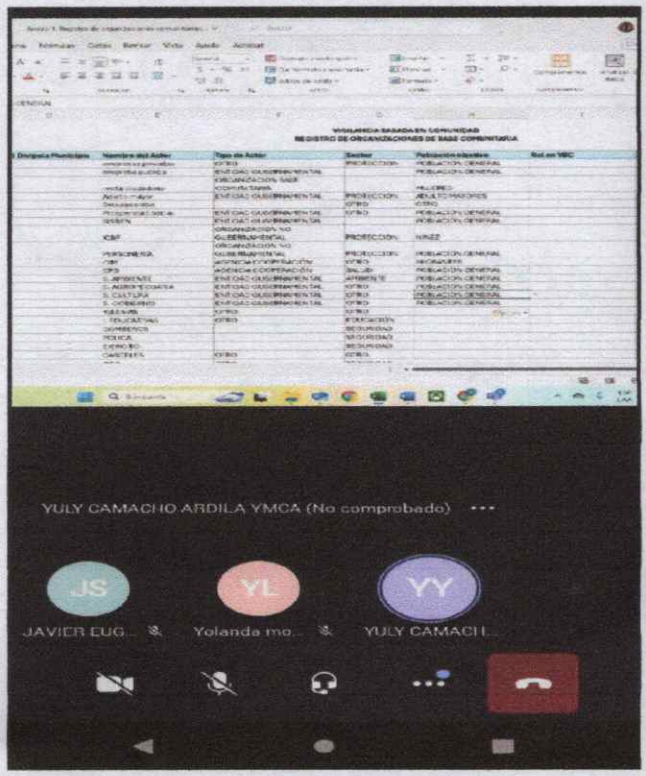
CONCERTACIÓN CON EL PRESIDENTE DE LA VEREDA LA UNIÓN

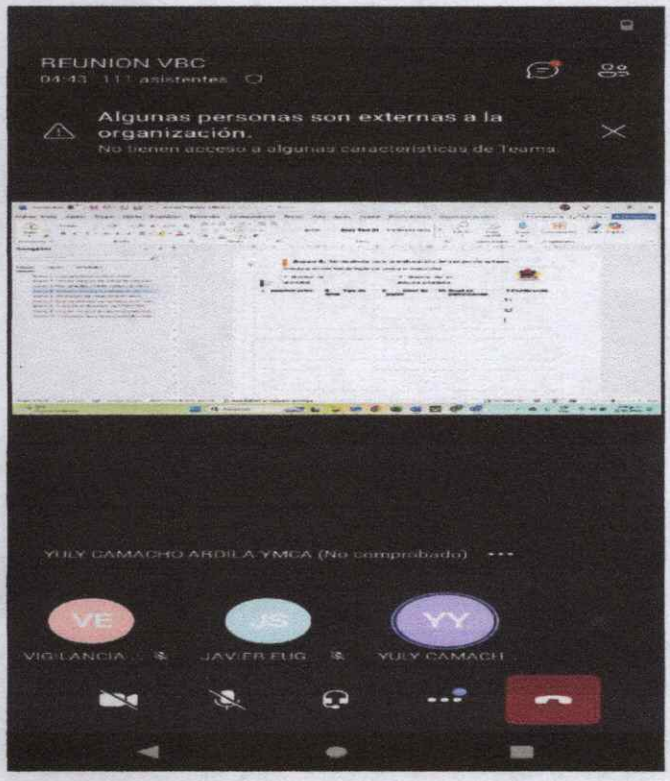




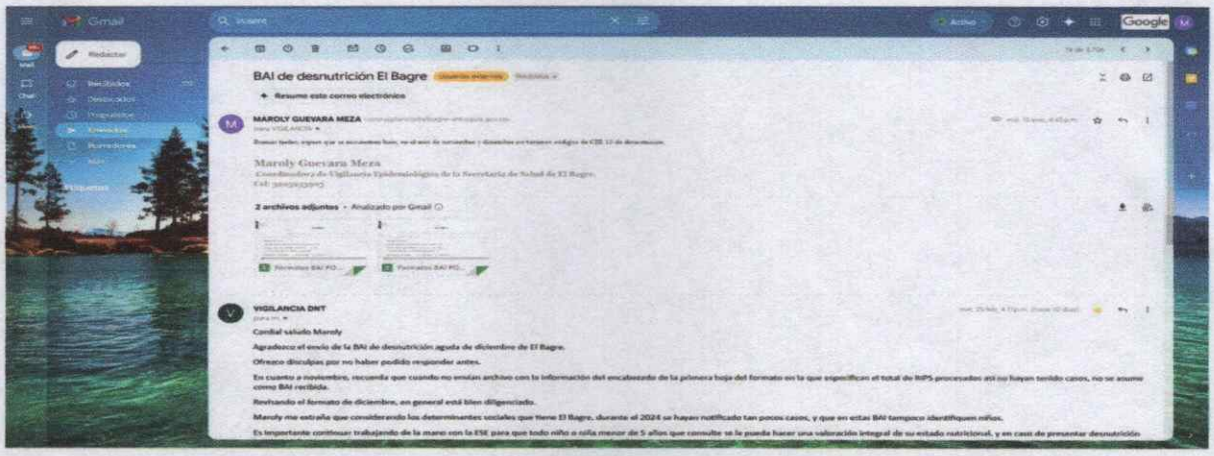


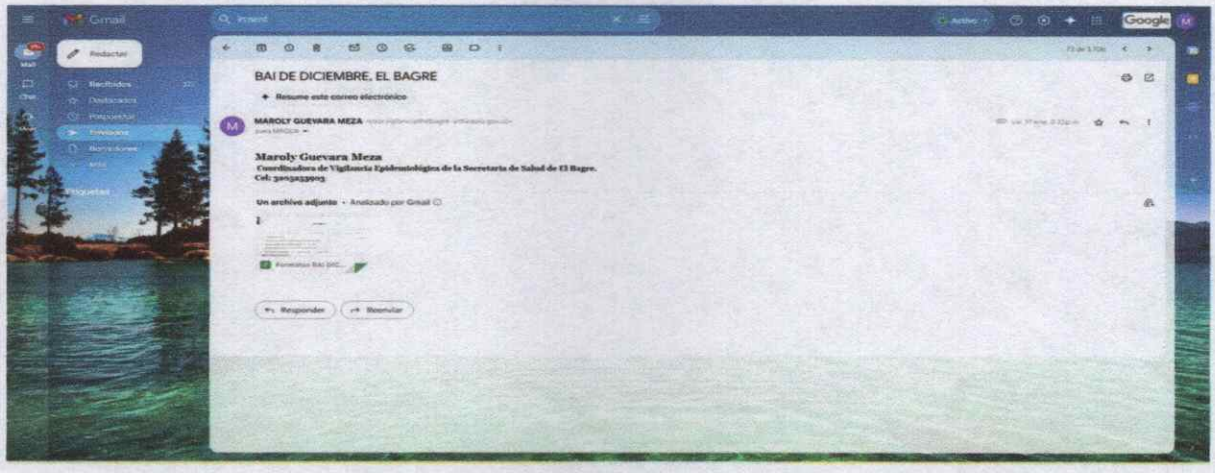
CAPACITACIÓN DE VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD PARA LOS REPORTES



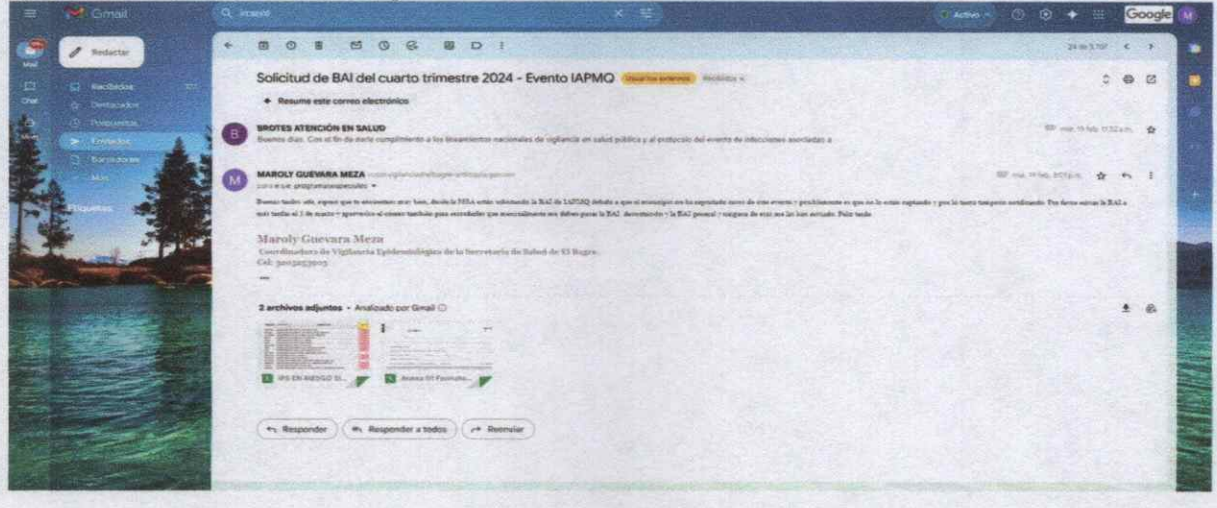


BAI





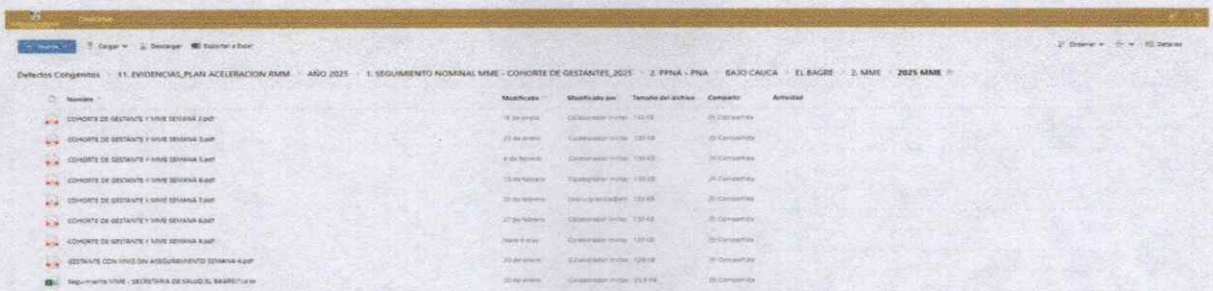
SOLICITUD DE BAI DE IAPMQ

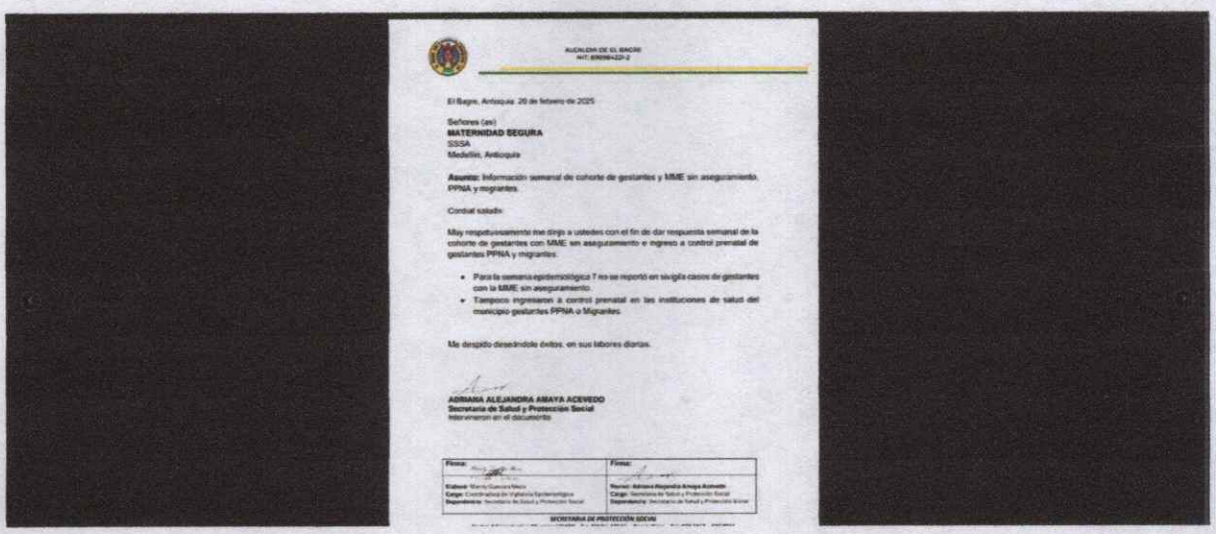


COHORTE DE GESTANTES



GESTANTES CON MMA





ALCALDÍA DE EL BAGRE
NIT: 890984221-2

El Bagre, Antioquia 26 de febrero de 2025

Señores (as)
MATERNIDAD SEGURA
SSSA
Medellín, Antioquia

Asunto: Información semanal de cohorte de gestantes y MME sin aseguramiento, PPNA y migrantes.

Cordial saludo

Muy respetuosamente me dirijo a ustedes con el fin de dar respuesta semanal de la cohorte de gestantes con MME sin aseguramiento e ingreso a control prenatal de gestantes PPNA y migrantes.

- Para la semana epidemiológica 7 no se reportó en sivigila casos de gestantes con la MME sin aseguramiento.
- Tampoco ingresaron a control prenatal en las instituciones de salud del municipio gestantes PPNA o Migrantes.

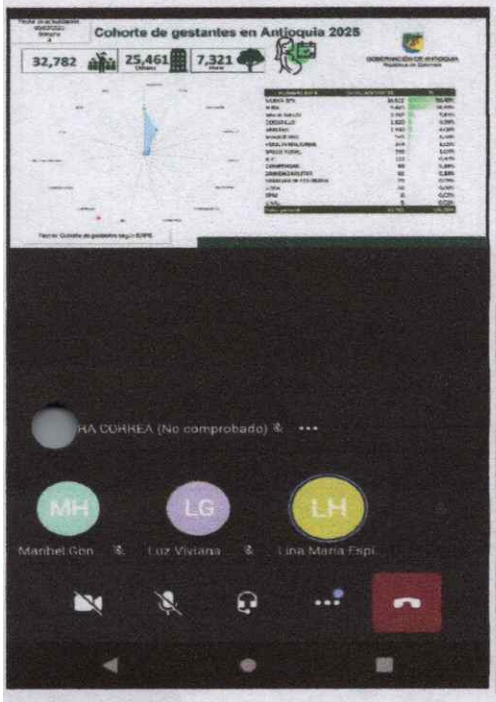
Me despido deseándole éxitos, en sus labores diarias.

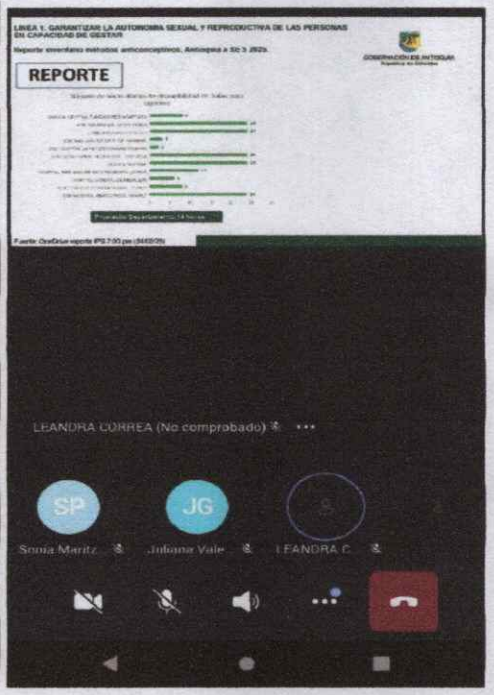
ADRIANA ALEJANDRA ABAYA ACEVEDO
Secretaria de Salud y Protección Social
Intervinieron en el documento

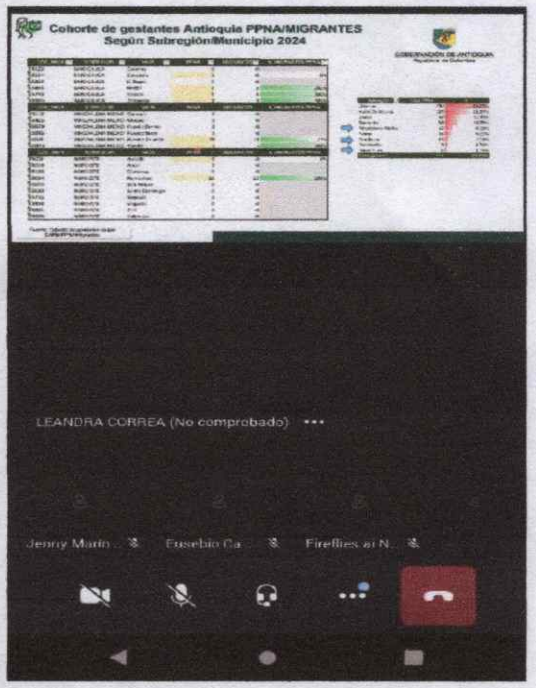
Firma:	Firma:
Nombre: Marcia Cuevas Mesa Cargo: Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica Dependencia: Secretaría de Salud y Protección Social	Nombre: Adriana Alejandra Abaya Acevedo Cargo: Secretaria de Salud y Protección Social Dependencia: Secretaría de Salud y Protección Social

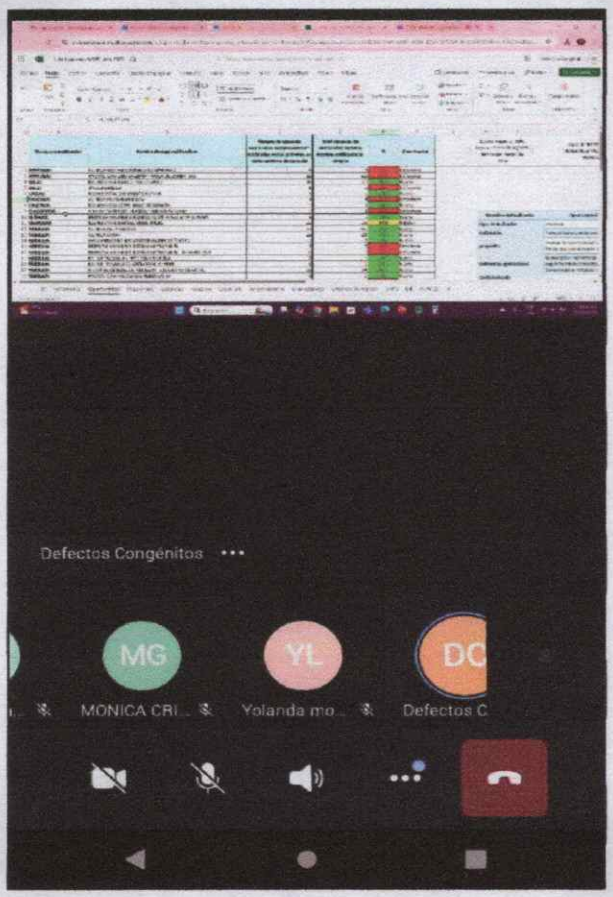
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL

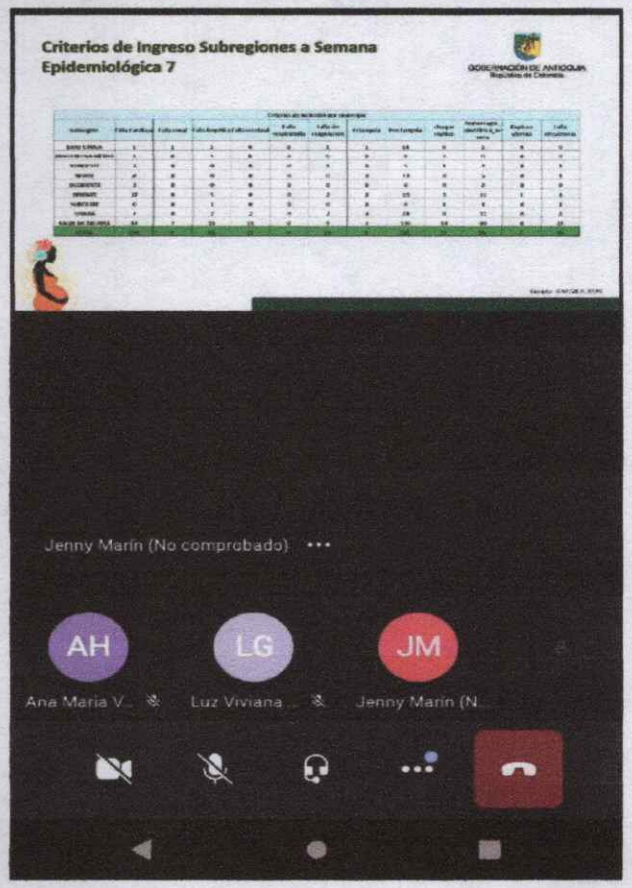
SEGUIMIENTO PARE



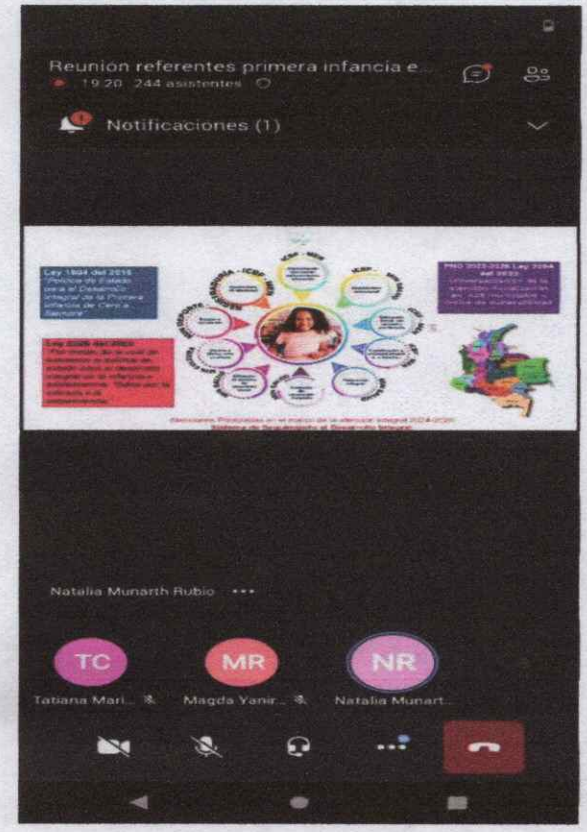


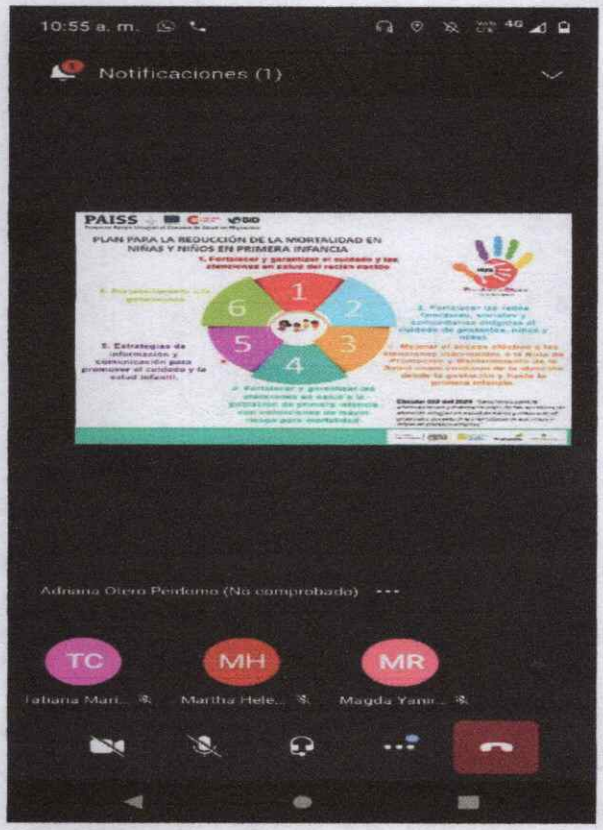






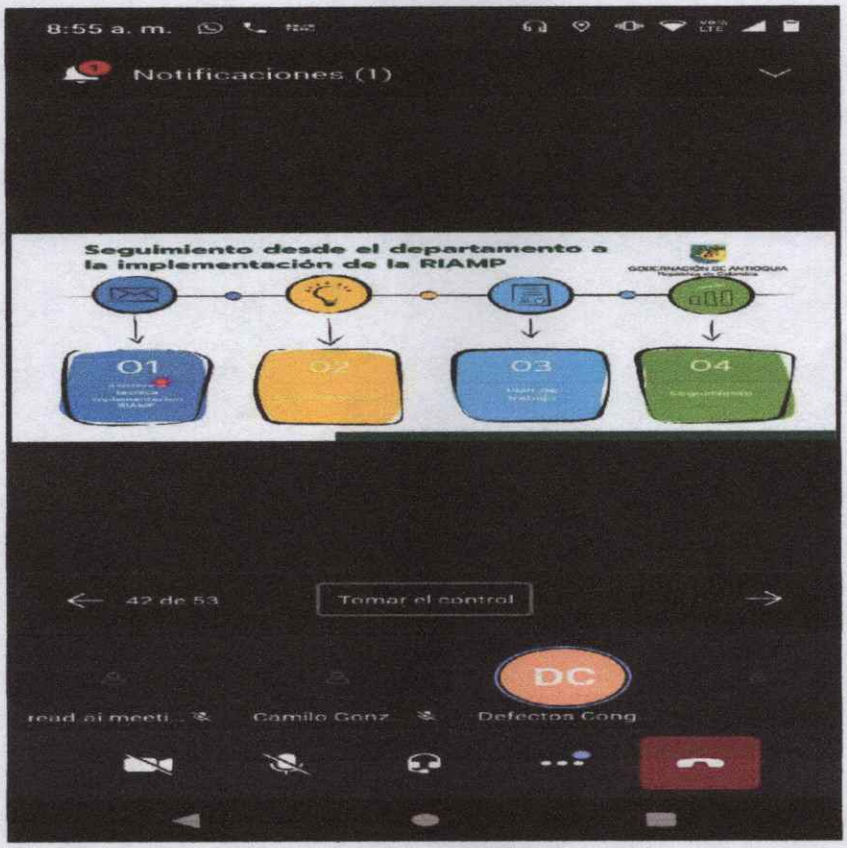
ASISTENCIA TÉCNICA DE PRIMERA INFANCIA



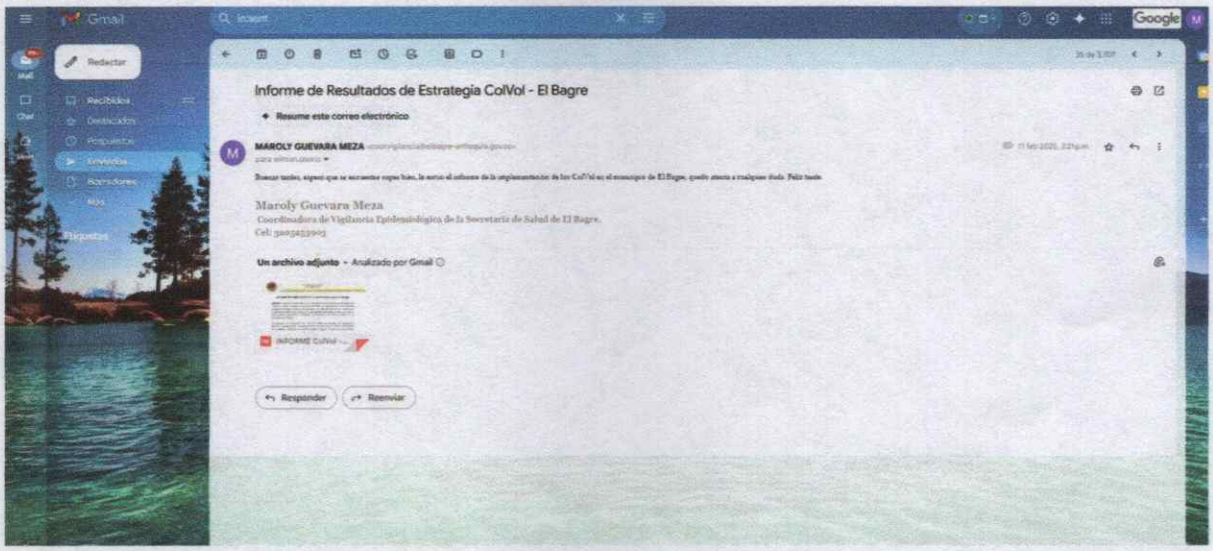


SEGUIMIENTO RIAMP

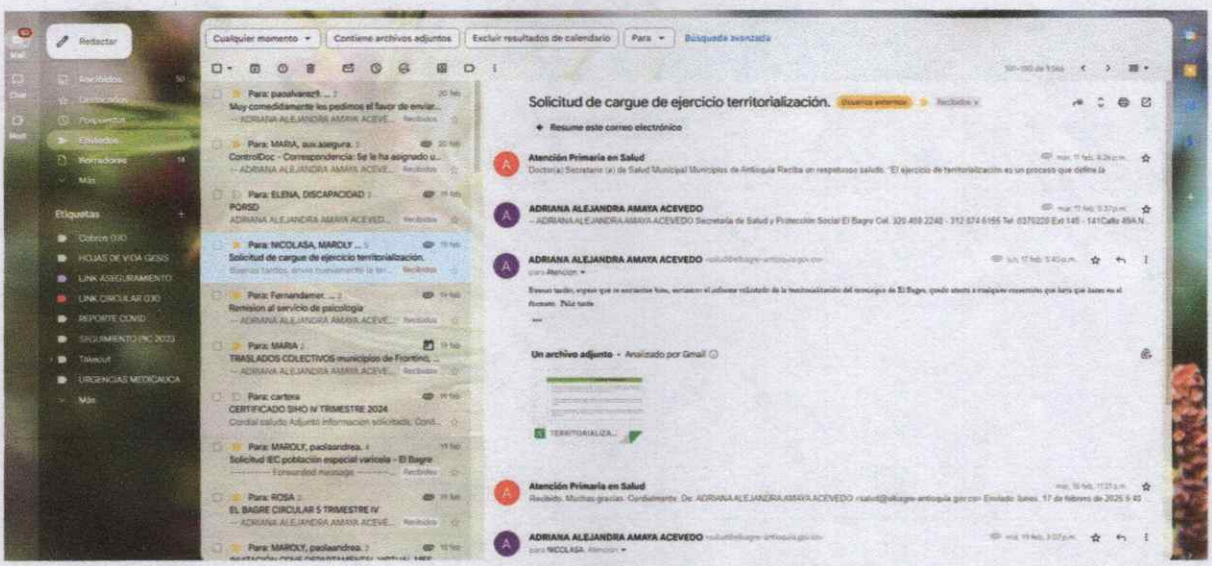




INFORME DE RESULTADOS DE ESTRATEGIA COLVOL - EL BAGRE



ENVIO DE TERRITORIALIZACIÓN EL BAGRE



INFORME IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA ColVol EL BAGRE

Objetivo: Mejorar la oportunidad en el diagnóstico de las personas infectadas con malaria y aportar a acortar el ciclo de transmisión de este parasito en la población Bagreña mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, fortaleciendo el reporte al sistema de vigilancia, lo que permite desencadenar otras acciones en salud publica tendientes a fortalecer la eliminación del evento malaria en el municipio de El Bagre.

De acuerdo a la resolución 2073 de 2023 donde se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención, Control y Eliminación de la Malaria y teniendo en cuenta el objetivo anterior, el Municipio de El Bagre implemento la estrategia ColVol debido al gran numero de casos que se tiene durante todo el año en el municipio, nos basamos en sivigila para escoger las veredas a intervenir, las razones por la cual escogimos estas fueron: que reportaran casos de Malaria, que no estuvieran puesto de microscopia, rural disperso, etc. Teniendo en cuenta esto se seleccionaron 17 veredas las cuales las relaciono a continuación.

	PUESTO ColVol	NOMRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL ColVol	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
1.	Vereda Las Negritas	Gleidy Yuriana Cataño Molina	CC: 1.045.327.348
2.	Vereda Nueva Esperanza	Wilfredo Leguias Pérez	CC: 1.007.226.055
3.	Vereda Chirita	Astrid Yuranis López	CC. 1.197.213.477
4.	Vereda La Unión	Merlis Estrada Gil Jessica Yuliet Hurtado Cossio	CC: 1.038.436.501 CC: 1.007.467.356
5.	Vereda Alto de Popana	Yesenia Cogollo Tarras	CC: 1.003.292.162
6.	Vereda La Chaparrosa	Luis Valbuena	CC: 73.022.485
7.	Vereda Bamba	Cenith Janeth Murlaco Polo	CC: 1.040.495.827
8.	Vereda Boca de la Llana	María Cecilia Torres Munera	CC: 1.001.548.974
9.	Vereda El Algarrobo	William Manuel Martínez Munera	CC: 78.294.968
10.	Vereda Los Almendros 2	Leidys Marcela Mármol	CC: 1.040.516.307
11.	Vereda La Arenosa	Derlis Romero de Sala	CC: 44.120.074

Firma:	Firma:
T.P. 7[illegible] UNAC	
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

12.	Vereda La Corona	Zuleima Reyes Zuleta	CC: 1.042.432.579
13.	Vereda La Aduana	Rosney Elvira Arroyo Ortega	CC: 1.040.494.596
14.	Vereda Villa Grande	Yolanda Elena Gómez del Toro	CC: 1.001.684.250
15.	Vereda Santa Isabel	Eduar Zabaleta	CC: 8.204.886
16.	Vereda Chicamoqué	Derlis Hernández Terán	CC: 1.007.697.737
17.	Vereda El Coral	Yakeline Montoya Contrera	CC: 1.007.697.696

En cada vereda se capacitó una persona a excepción de la Unión que se capacitaron 2, esta capacitación se realizo en el municipio de El Bagre, en el Parque educativo Yamesíes, los días 20, 21 y 22 de noviembre del 2024, de 8:00 am a 5:00 pm.

Desde la semana epidemiológica 48 del año 2024 hasta la semana epidemiológica 5 del año 2025 han salido positivas 111 pruebas de las cuales 88 pertenecen a la especie vivax y 23 a la especie falciparum y 139 pruebas negativas para malaria.

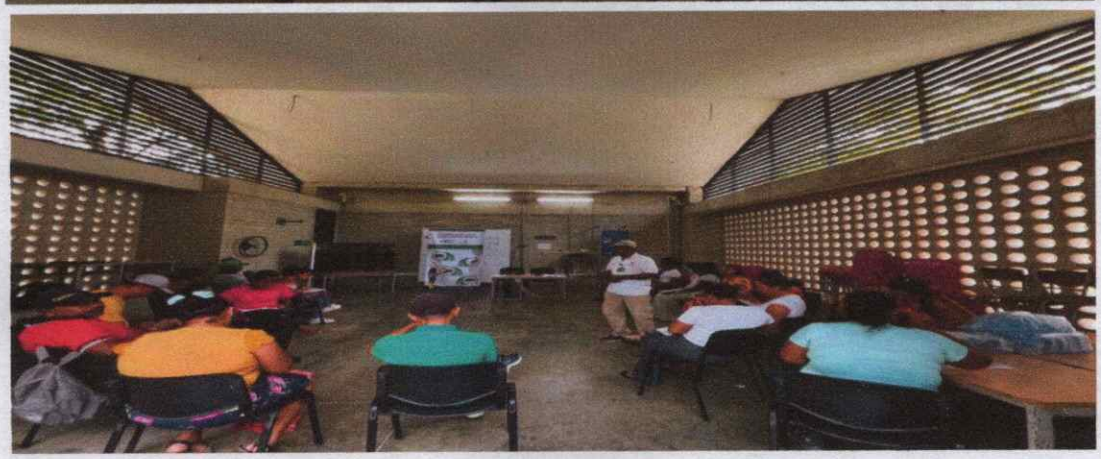
Es importante resaltar que para llevar a cabo estos días de capacitación se contó con el apoyo de 2 funcionarios del equipo de Malaria de la SSSA, una bacterióloga de la ESE HNSC y la coordinadora de Vigilancia Epidemiológica de la secretaria de salud, además del apoyo total de la secretaria de salud y protección social y la ESE HNSC.

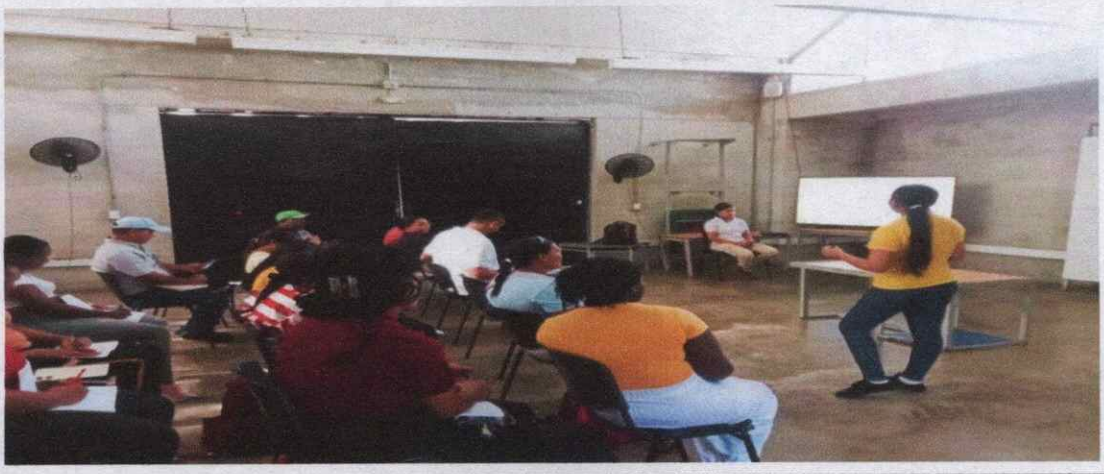
Actualmente los puestos están activos, realizando los debidos reportes al municipio, la idea es implementar mayor número de puestos ColVol en las diferentes veredas que aún faltan por beneficiar con la estrategia.

Firma: Maroly Guevara Meza T.P. 7[illegible] UNAC	**Firma:**
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACIÓN

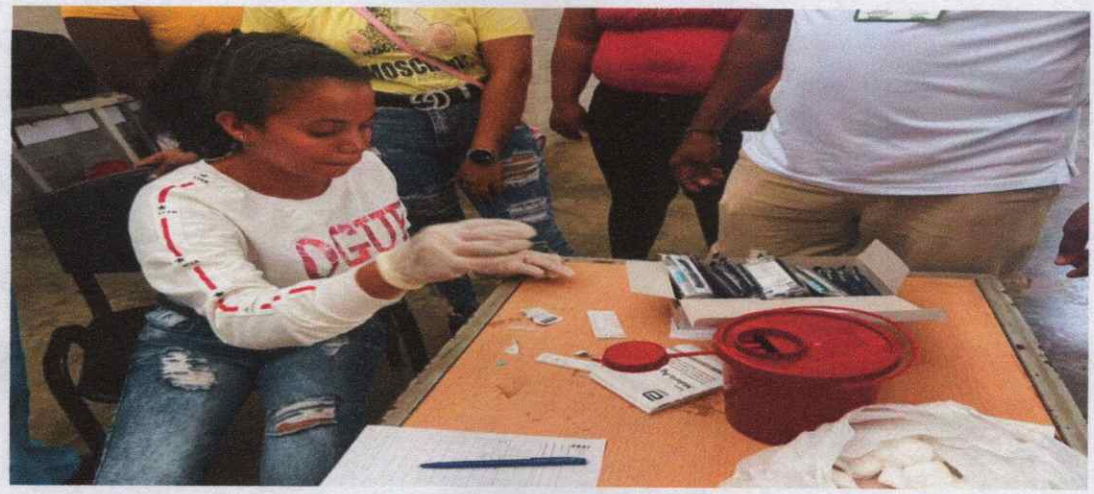






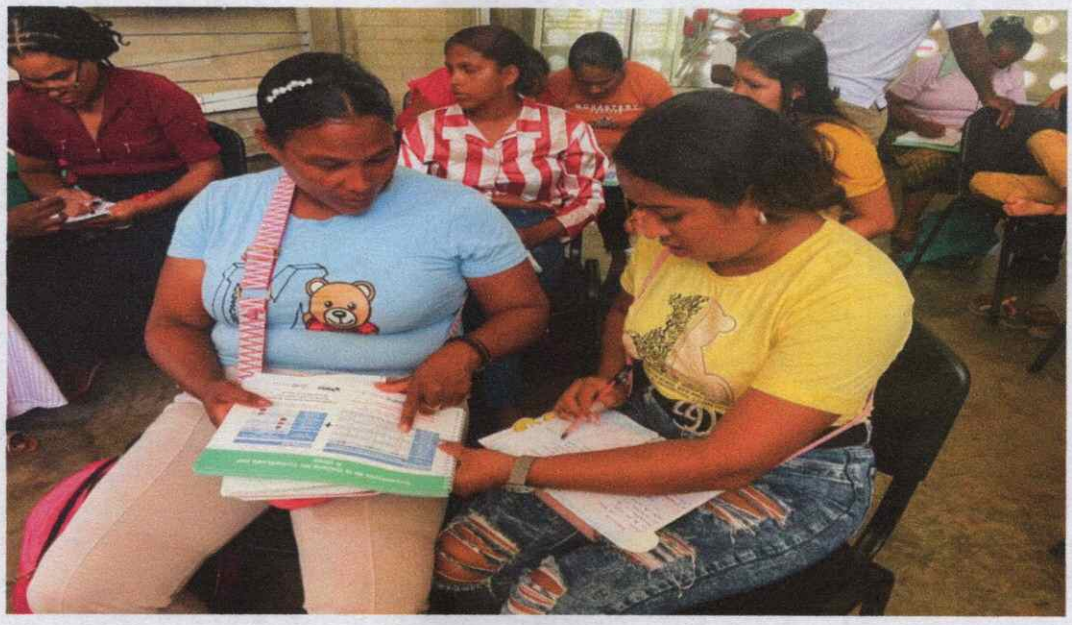
Firma:	Firma:
Maroly Guevara Meza Epidemiólogo T.P. 7[illegible] UNAC	
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social







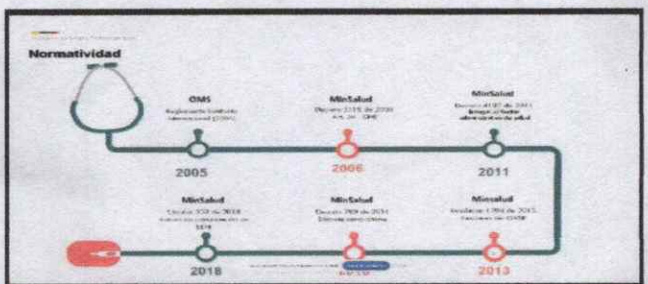
Firma:	Firma:
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

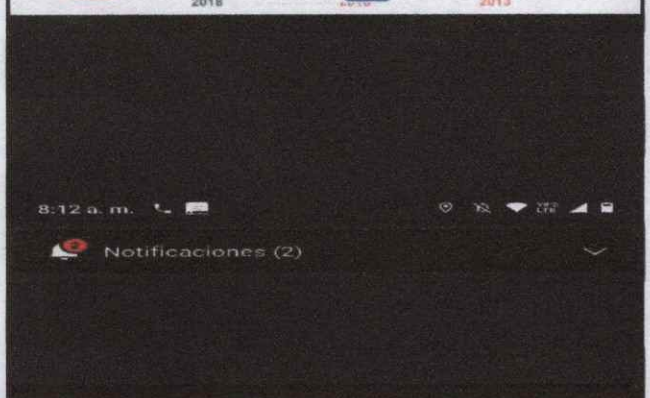


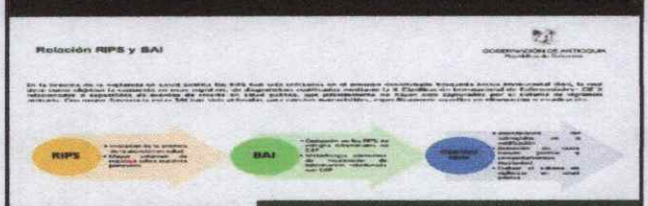


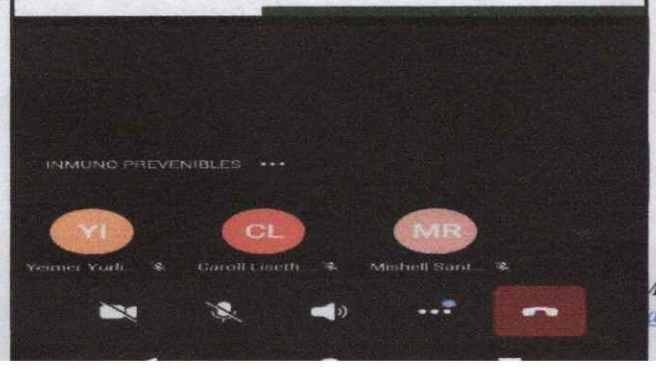
Firma: Maroly Guevara Meza T.P. 7401 UNAC	Firma:
Elaboró: Maroly Guevara Meza **Cargo:** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social	**Revisó: Adriana Alejandra Amaya Acevedo** **Cargo:** Secretaria de Salud y Protección Social **Dependencia:** Secretaría de Salud y Protección Social

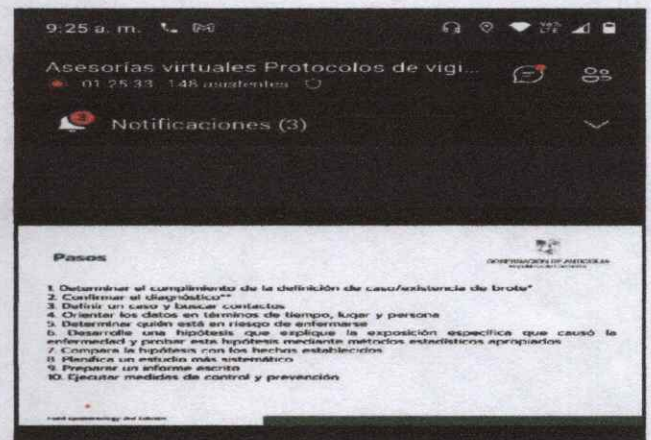
CAPACITACIONES







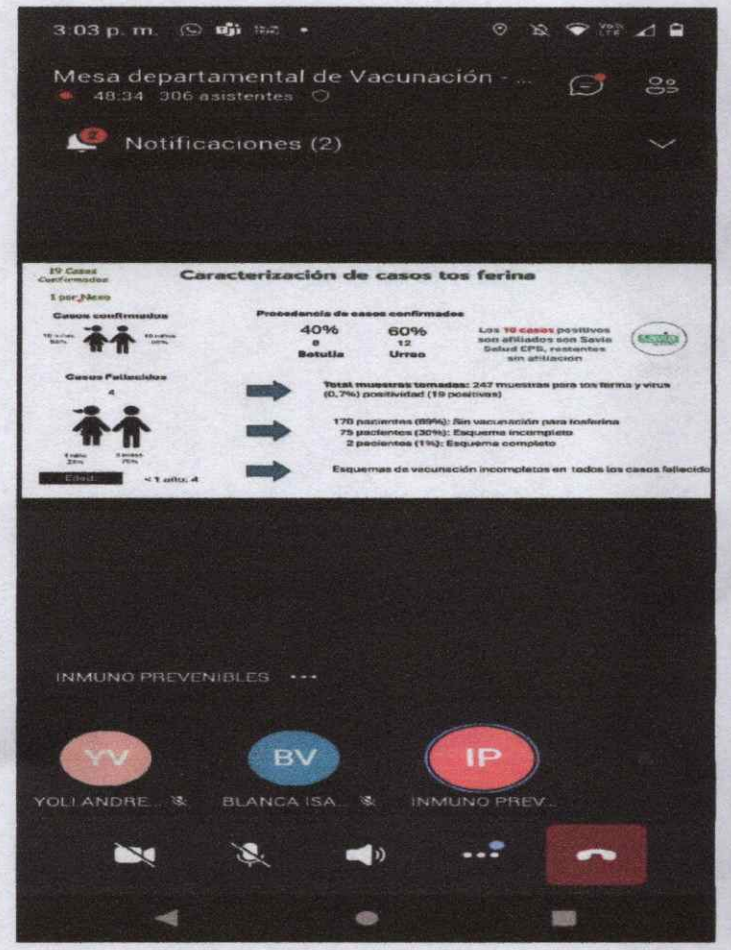


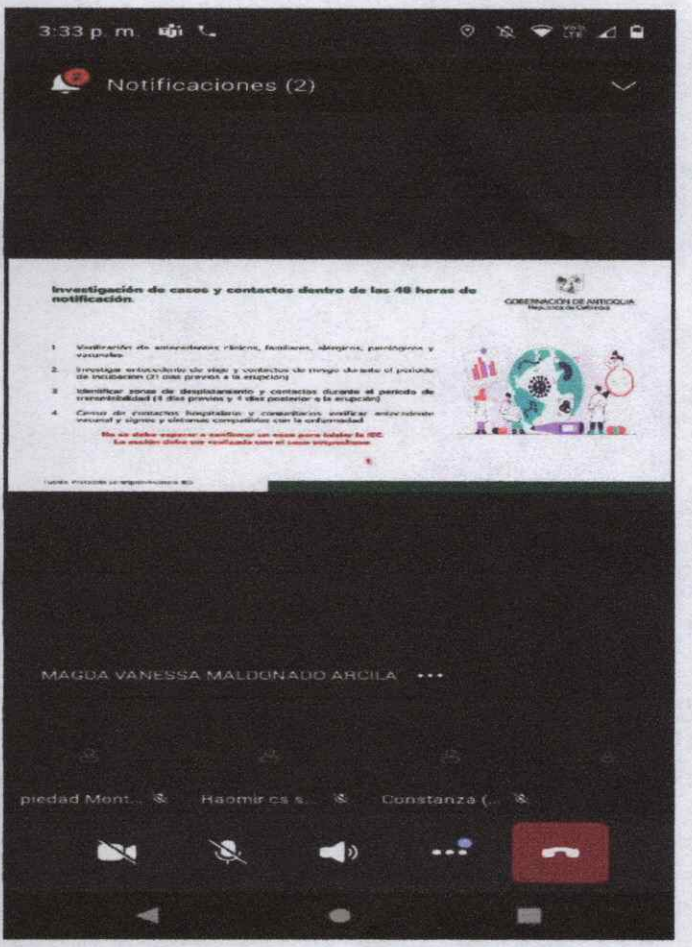




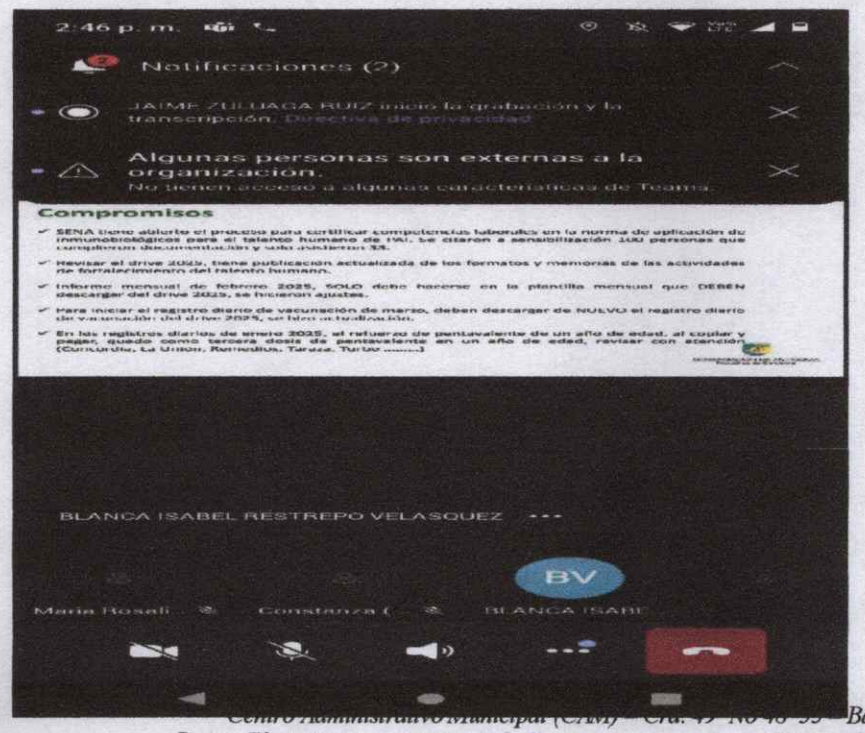


TOSFERINA

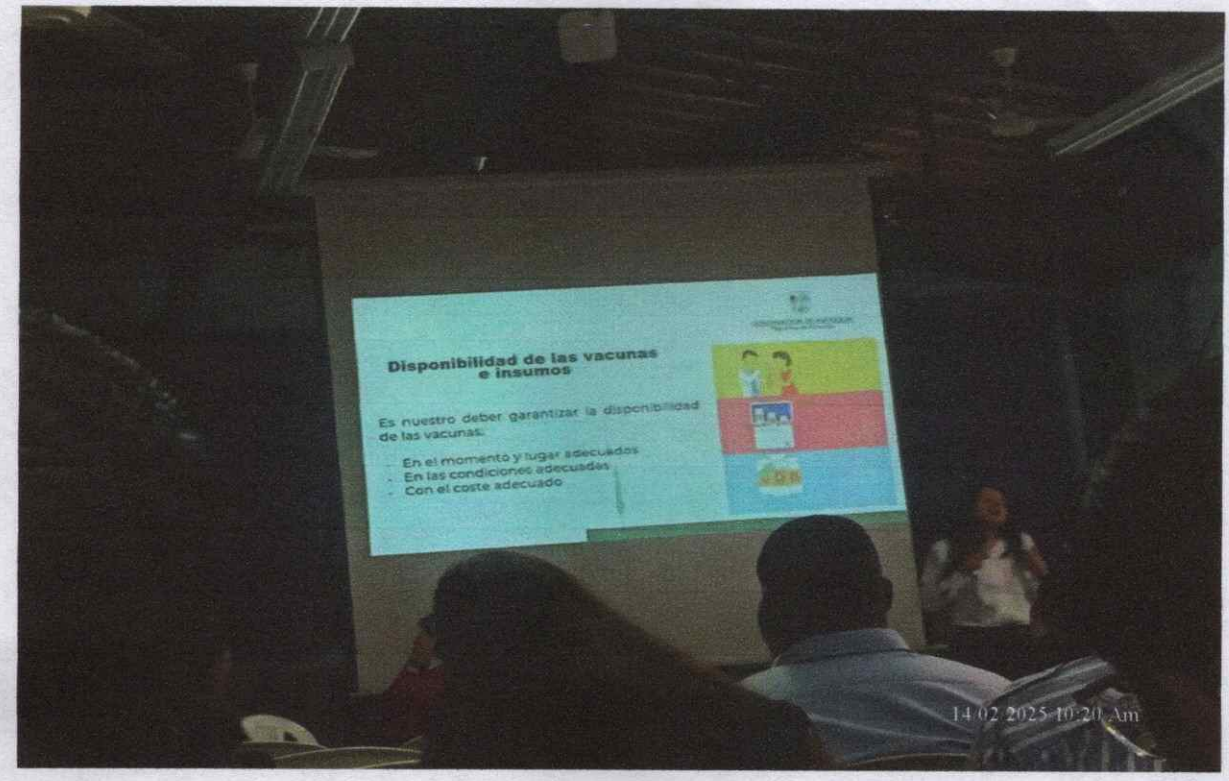


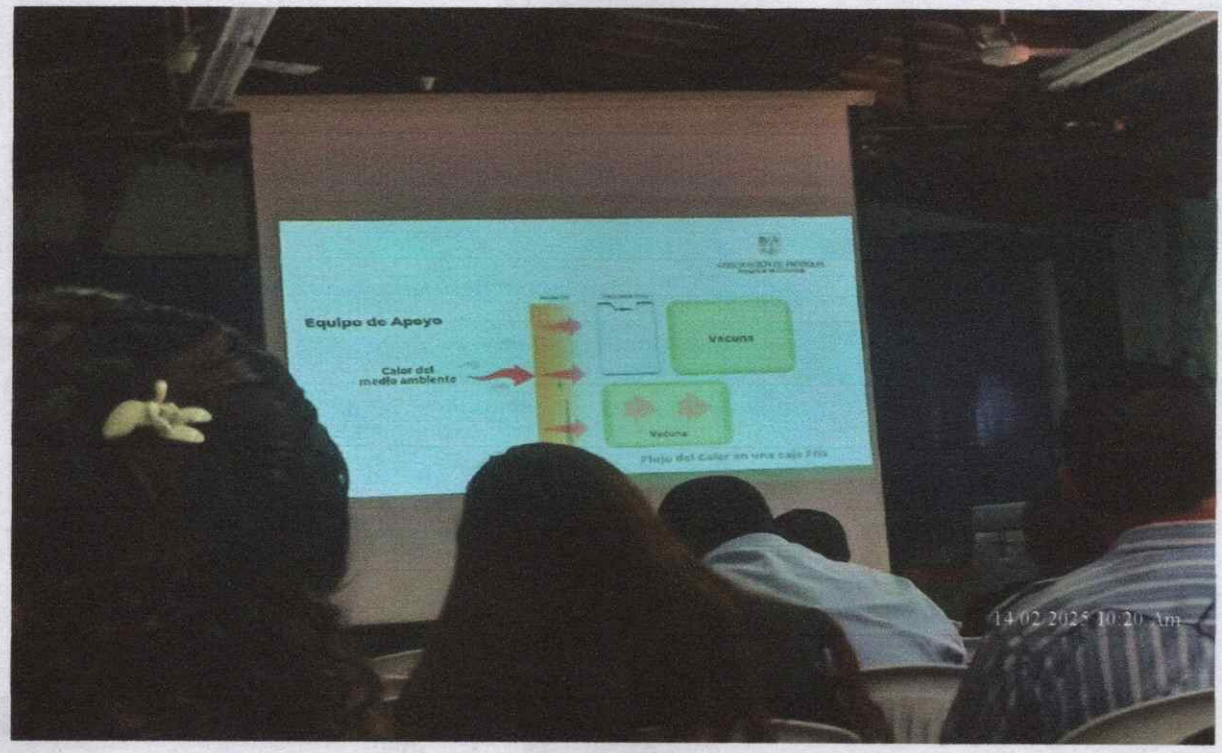


MESA DE PAI DEPARTAMENTAL

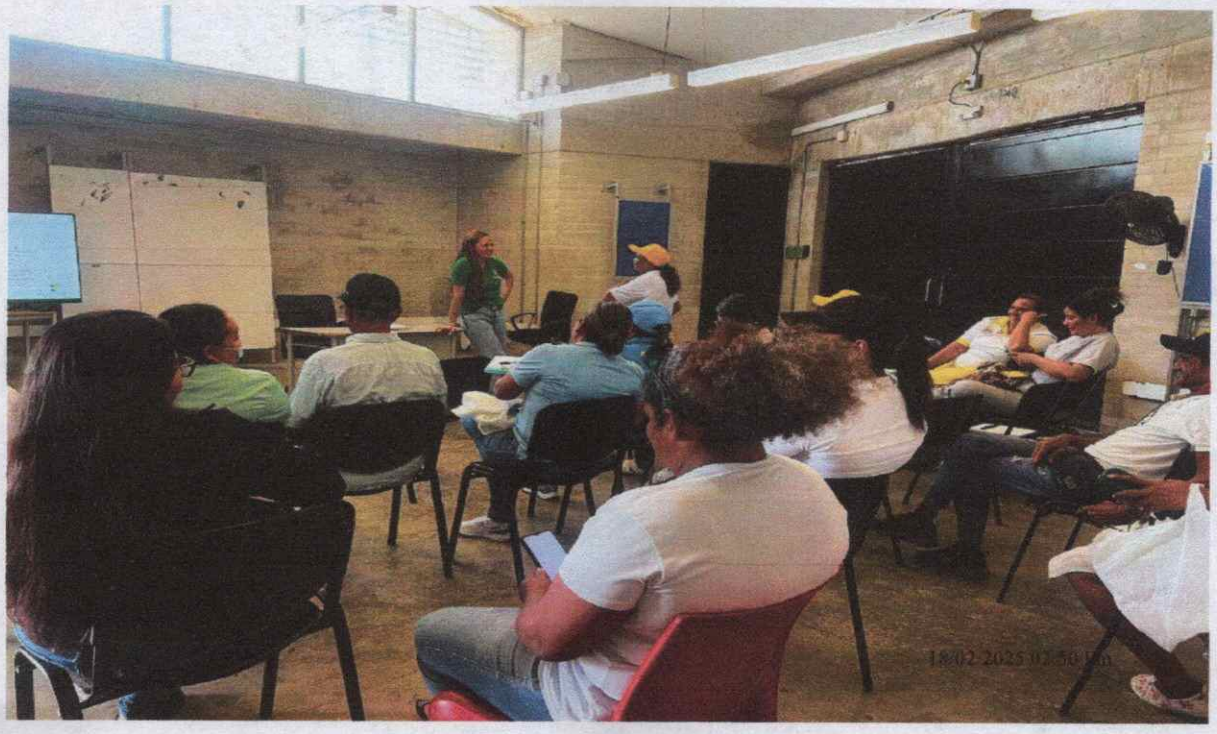


ASISTENCIA TÉCNICA DE PAI



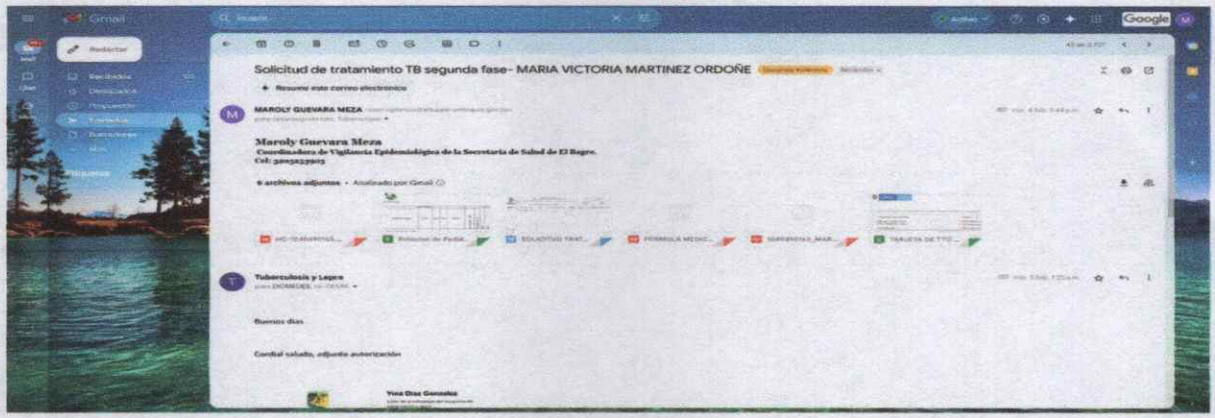


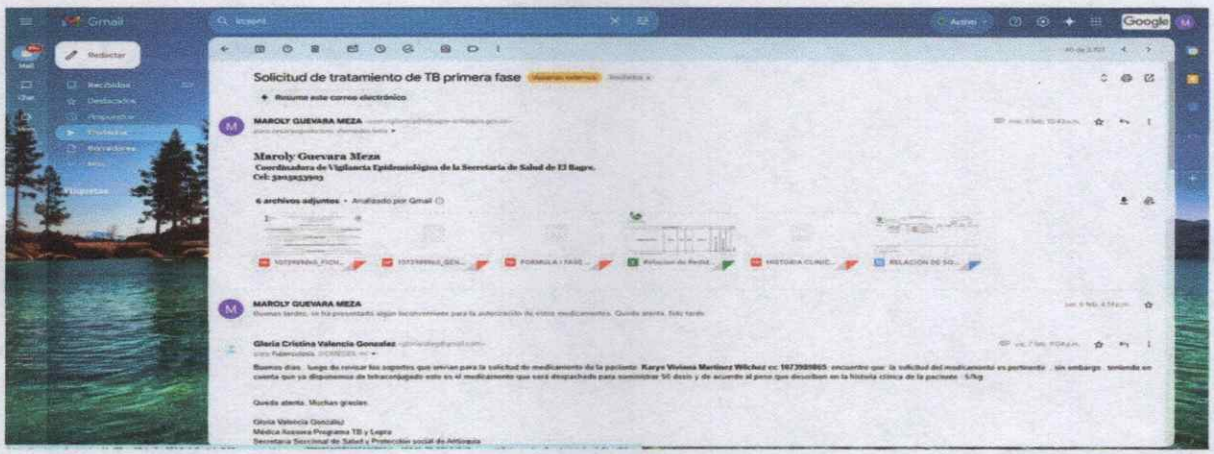
MESA INTERSEPTORIAL DE TB

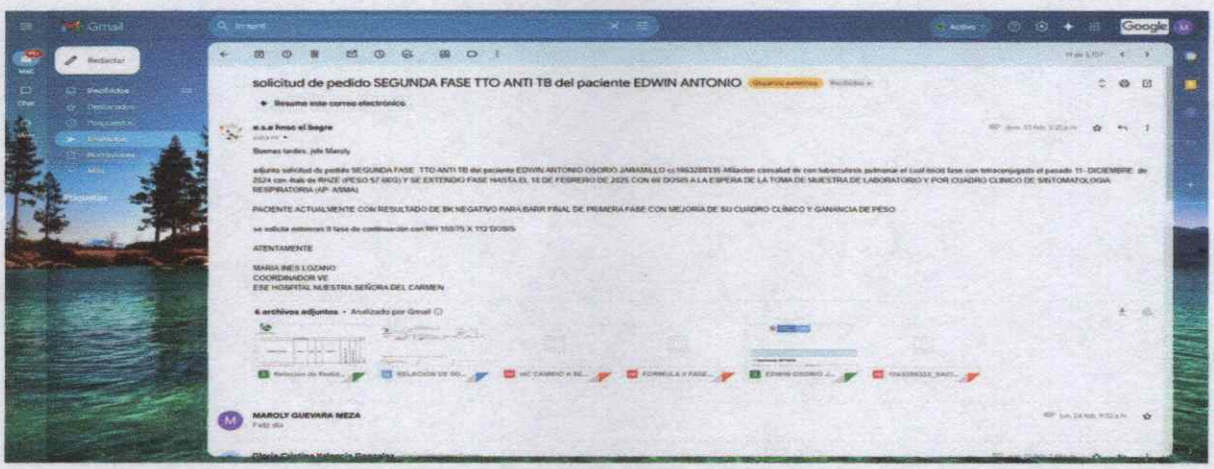


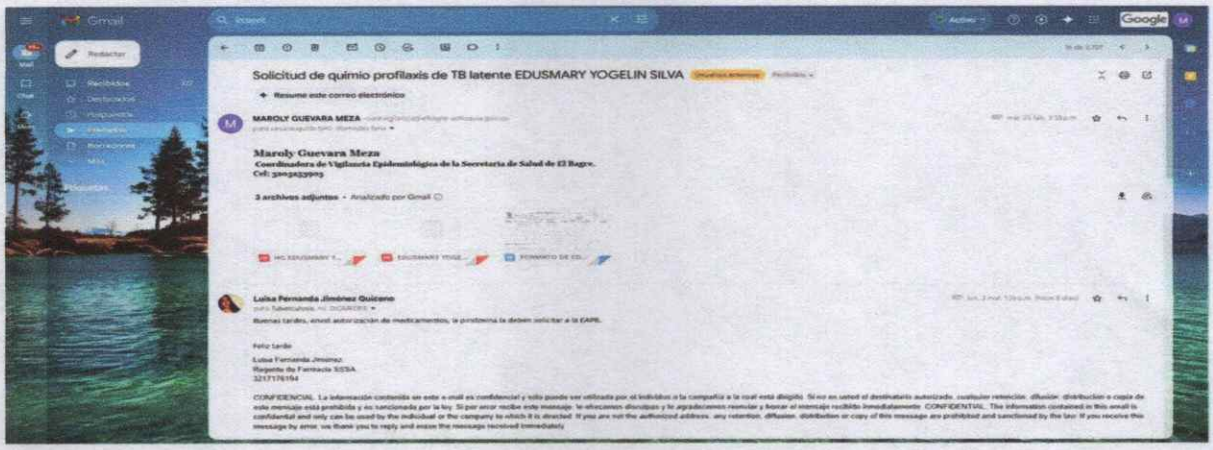


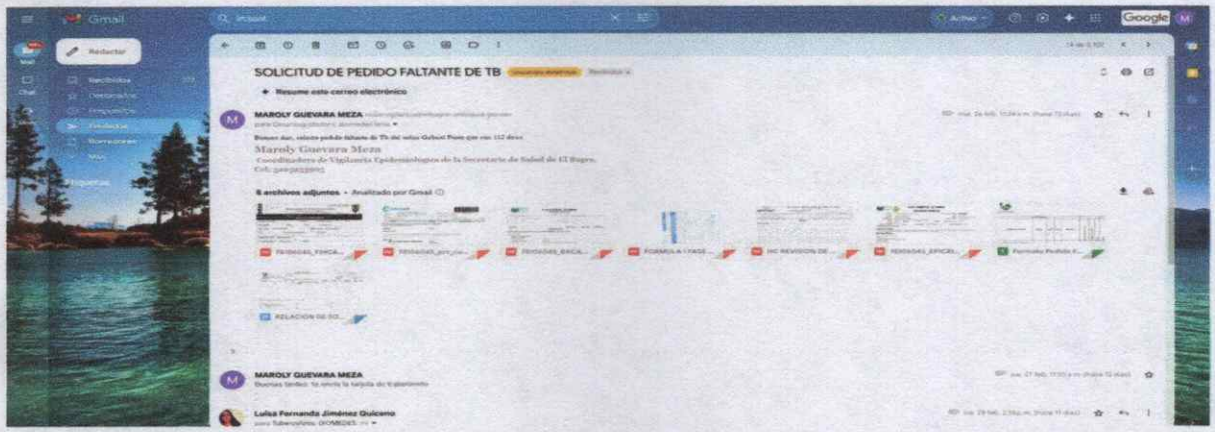
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE TB

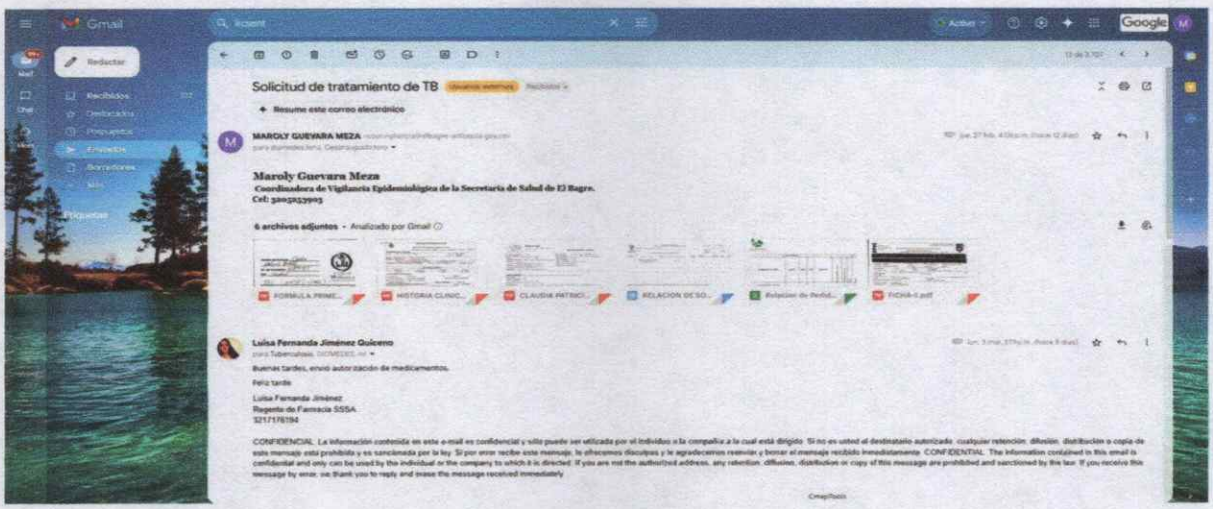







Solicitud de químio profilaxis de TB latente EDUSMARY YOGELIN SILVA
Resume este correo electrónico
MAROLY GUEVARA MEZA
Maroly Guevara Meza
Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaria de Salud de El Bagre.
Cel: 3003833903
3 archivos adjuntos • Analizado por Gmail
Luisa Fernanda Jiménez Quiceno
Buenas tardes, envió autorización de medicamentos, la próxima la deben solicitar a la EAPB.
Feliz tarde
Luisa Fernanda Jimenez
Regente de Farmacia SSSA
3217176194
CONFIDENCIAL La información contenida en este e-mail es confidencial y solo puede ser utilizada por el individuo o la compañía a la cual está dirigido. Si no es usted el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y es sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, le ofrecemos disculpas y le agradecemos reenviar y borrar el mensaje recibido inmediatamente. CONFIDENTIAL. The information contained in this email is confidential and only can be used by the individual or the company to which it is directed. If you are not the authorized address, any retention, diffusion, distribution or copy of this message are prohibited and sanctioned by the law. If you receive this message by error, we thank you to reply and erase the message received immediately


SOLICITUD DE PEDIDO FALTANTE DE TB
Resume este correo electrónico
MAROLY GUEVARA MEZA
Maroly Guevara Meza
Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaria de Salud de El Bagre.
6 archivos adjuntos • Analizado por Gmail
MAROLY GUEVARA MEZA
Luisa Fernanda Jiménez Quiceno


Solicitud de tratamiento de TB
Resume este correo electrónico
MAROLY GUEVARA MEZA
Maroly Guevara Meza
Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaria de Salud de El Bagre.
Cel: 3003833903
6 archivos adjuntos • Analizado por Gmail
Luisa Fernanda Jiménez Quiceno
Buenas tardes, envió autorización de medicamentos.
Feliz tarde
Luisa Fernanda Jiménez
Regente de Farmacia SSSA
3217176194
CONFIDENCIAL La información contenida en este e-mail es confidencial y solo puede ser utilizada por el individuo o la compañía a la cual está dirigido. Si no es usted el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y es sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, le ofrecemos disculpas y le agradecemos reenviar y borrar el mensaje recibido inmediatamente. CONFIDENTIAL. The information contained in this email is confidential and only can be used by the individual or the company to which it is directed. If you are not the authorized address, any retention, diffusion, distribution or copy of this message are prohibited and sanctioned by the law. If you receive this message by error, we thank you to reply and erase the message received immediately

GEOREFERENCIACIÓN PACIENTE CON TB

