[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

1. EJE ATENCION PRIMARIA

DESARROLLAR TALLERES DE EDUCACIÓN EN SALUD ORAL EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA CON INTERVALO DE UN MES, SOBRE SENSIBILIZACIÓN SOBRE ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE CEPILLADO, USO DE SEDA DENTAL, ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ELEMENTOS DE HIGIENE ORAL, ELEMENTOS NATURALES DE HIGIENE ORAL (SEDA DENTAL CASERA, ENTRE OTROS), CONTROLES POR ODONTOLOGÍA.

LOS TALLERES ESTÁN DIRIGIDOS A TODOS LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO DE PRIMARIA CON MÍNIMO 20 (VEINTE) ESTUDIANTES

[redacted]

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

URBANA

pic	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Colegio Junin	Hora de Inicio: 7:40 am
Fecha Fecha 3	Hora de Finalización: 8:40 am.

Objetivo(s) de la Reunión

Desarollar. Talleres. de Educacion en la Salud Oral. y Sencibilizar Sobre la importucia sobre la Higiene oral.

Desarrollo de la Reunión

Hora de inicio 7:40 am.
Se desarrollo una Charla educativa Hacerca de la salud oral. correcto sepillado uso de cada dental. enfermedades Bucales como caries, Gingivitis placa bacteriana.
Se les Aplica Gotas de Placa Reveladoras. A cada estudiante. y Se les hace Su respectivo cepillado se les Regala un Kits odontologico.

Conclusiones

Se evaluo el Tema tratado con cada salón de clase para Saber que tanto Sabian hacerca de la salud oral. con un Preks y Postes.

Recomendaciones

Sedan TIPS como: cepillado 3 veces aldia) No olvidar en las hora de la noche - mas importante. visitar al odontologo cada 6 meses. y Tener una alimentacion Sana.

Responsables de la Actividad

Heneli J Espinosa

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | SECRETARÍA DE SALUD CÓRDOBA

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: IE: Jerín

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Jerner Espinosa

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha: 05-06-2025					Fecha:					Fecha:				
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad		COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
							Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Jony Benjamin Domico	1°	13-01-2018	7	1074013832		0	0	0	20	25,0%										
2	Gabriel Domicó Ramos	1°	09-03-2019	6	1074015698		0	0	0	24	21,87%										
3	Walter Alle Flores	1°	29-01-2019	6	1071439133		0	0	0	24	11,45%										
4	Oscar de jesús Guerra	1°	03-12-2016	8	1074012063		0	0	0	23	9,78%										
5	Sharon Gomez Padilla	1°	01-03-2019	6	1064197339		0	0	0	24	16,66%										
6	Jhon Herrera Carmona	1°	10-10-2018	6	1074015297		3	0	0	15	19,44%										
7	Ximena Jarupia Iguaran	4°	05-04-2019	6	1071438440		2	2	1	19	16,30%										
8	Esther Sofia Pastrana	4°	14-07-2018	7	1074015732		1	1	0	22	7,29%										
9	Dorlys Martinez Fernandez	1°	16-06-2018	7	1074015144		0	0	0	20	13,75%										
10	Dilan Romero Suarez	1°	07-09-2018	6	1071438985		0	0	0	24	27,08%										

Firma docente: [signature] Firma docente: _____ Firma docente: _____

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: Colegio Junin Grado 1

Profesional que realiza la actividad: HERACLIO JUNIOR ESPURO SA

						TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
						Fecha: 05-06-2025					Fecha:					Fecha:				
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
						Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Carlos Alberto Pertuz	1ro	2019-03-18	6	1068825146	0	0	0	24	15%										
2	Nicol Arroyo velasquez	1ro	2018.06.06	7	1062541766	0	0	0	22	25%										
3	Jhon Alex Avila A	1ro	2018-12-24	6	1068825047	0	0	0	22	25%										
4	Samuel Barbosa Alvarez	1ro	2018-12-11	6	1201275421	0	0	0	24	13%										
5	Sara Barrios Reyes	1ro	2018-01-08	7	1421367631 4	1	0	0	24	26%										
6	Juan Cuadrado	1ro	2019-01-09	6	1073830784	0	0	0	24	17%										
7	Emiliano Doria Ruiz	1ro	2018-12-14	6	1068824976	0	0	0	24	15%										
8	Ezequiel Fuentes Doria	1ro	2019-03-29	6	1068825165	0	0	0	24	15%										
9	Sarey Garcia Machado	1ro	2019-02-21	6	1068825119	1	0	0	24	26%										
10	Maria Giraldo Jimenez	1ro	2019-03-25	6	1236239920	0	0	0	24	19%										

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: _____

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de CÓRDOBA

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: Colegio Junin Grado 1

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Junior Espinosa.

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha: 05-06-2025					Fecha:					Fecha:				
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad		COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
							Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Evelin Argel Lopez	1ro	11-09-19	5	1074016402		0	0	0	24	14,58										
2	Alexis Amaya cuñapa	1ro	09-01-19	6	1071439102		0	0	0	20	21,5										
3	Juliana Arneta Rosario	1ro	13-11-2019	5	1074016685		0	0	0	20	8,75										
4	Salome Bedoya Murillo	1ro	19-12-2017	7	1074013854		0	0	0	22	15,90										
5	Maria Luisa Blanquicet	1ro	20-08-2016	8	1066752704		0	0	0	24	29,16										
6	Samuel Borja Salgado	1ro	21-07-2019	5	1074016292		0	2	0	14	15,62										
7	Erik Calle Parlenino	1ro	02-01-2019	6	1071439058		7	1	0	16	15,6										
8	Jhonalan Casama Fabia	1ro	26-02-2019	5	1074015586		1	0	0	23	8,33										
9	Johan Corcho Peñata	1ro	12-04-2019	6	1074015806		1	0	0	18	18,3										
10	Danilo Domico Domico	1ro	13-06-2018	7	1074014498		0	0	0	24	17,7										

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: _____

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

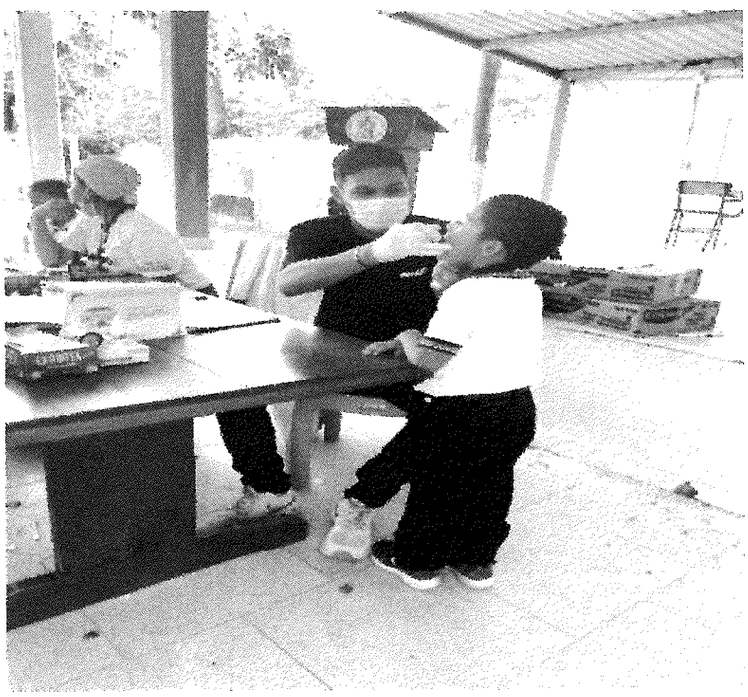
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

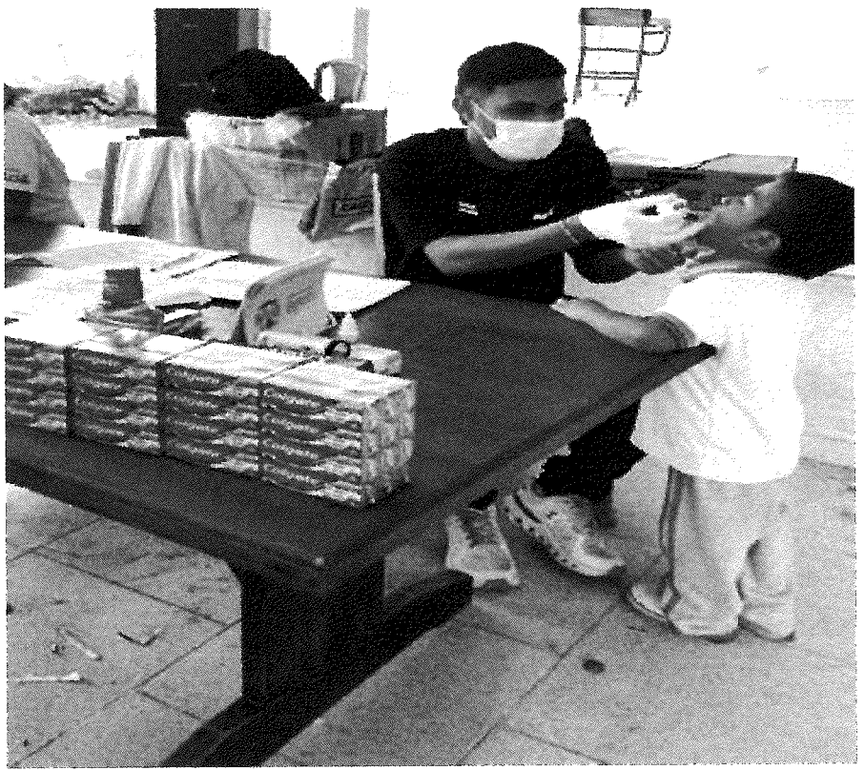
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

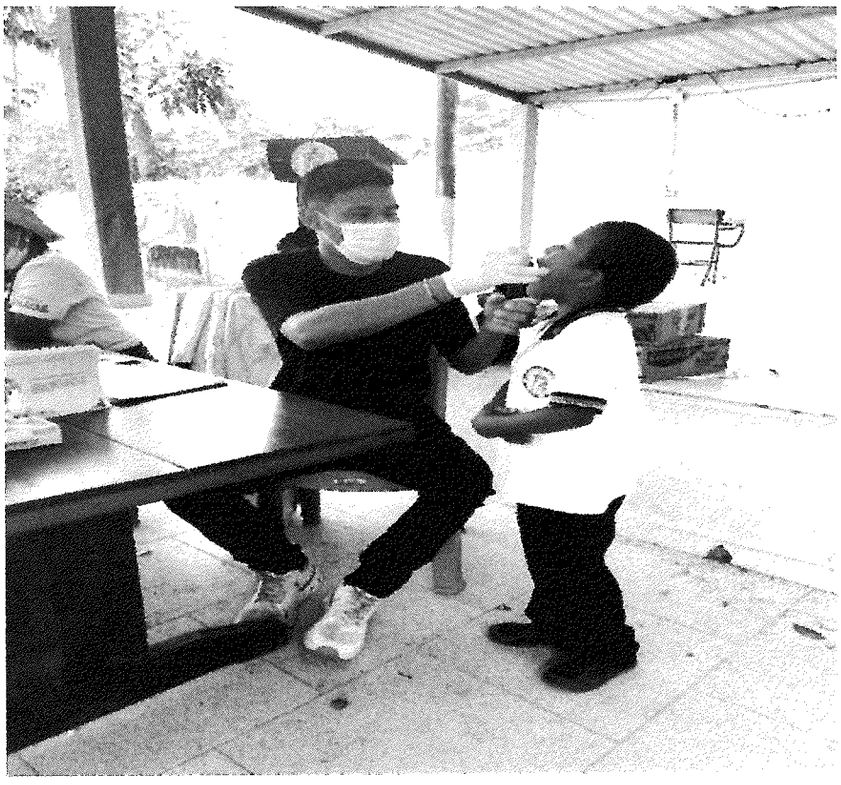
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

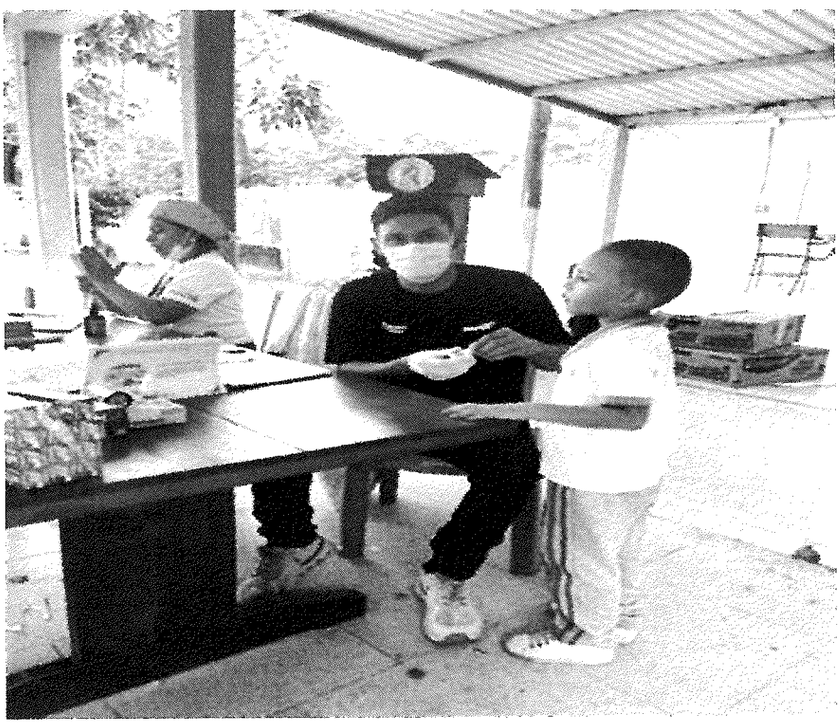
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

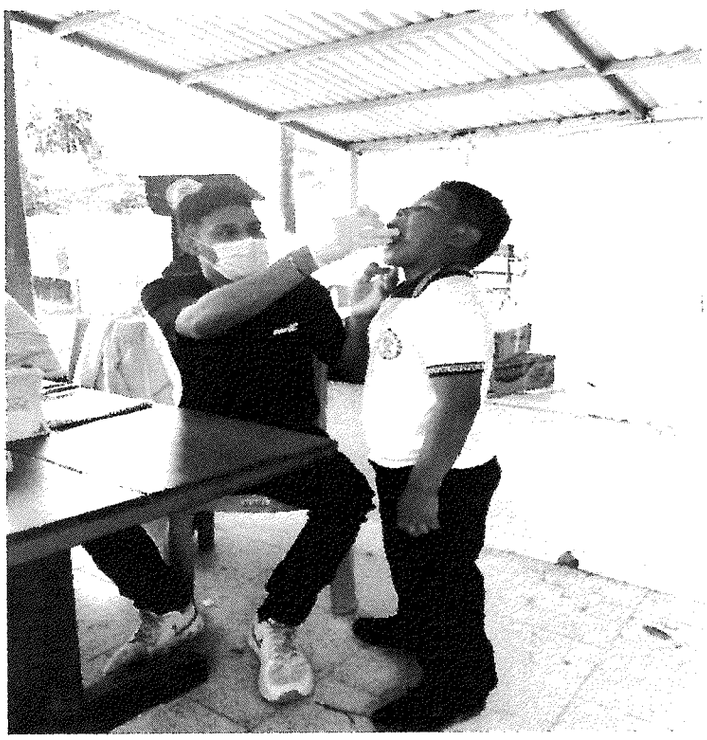
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

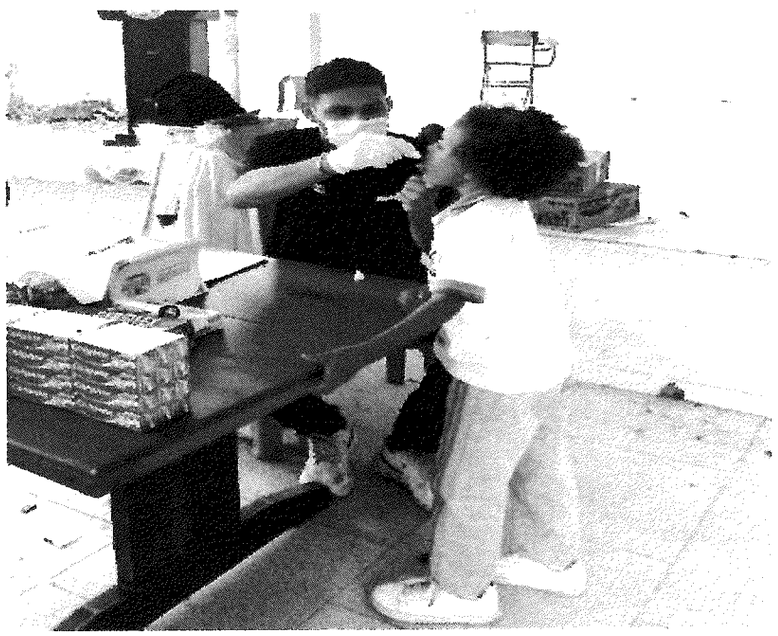
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO GRUPAL

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

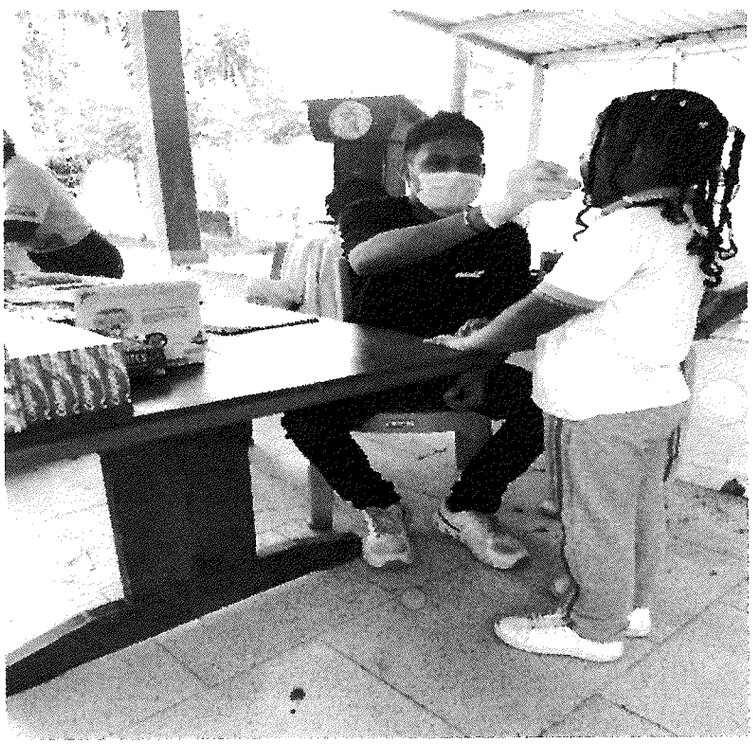
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: Colegio Jonin	Hora de Inicio: 8:40 am.
Fecha	Hora de Finalización: 9:40 am.

Objetivo(s) de la Reunión

Desarollar talleres de Educación de la salud oral, y sencibilizar sobre la importancia de la higuiene oral

Desarrollo de la Reunión

Se inicia con una oración y presentasión Motivo de la vicita y seda a conocer el Tema del dia. El correcto Cepillado enfermedades bucales. Se APlica gotas Reveladoras para mirar el indice de Placa bacteriana- se realiza cepillado a cada estudiante.
Damos kits odontologico a cada niño para Motivarlos a coidar su salud oral.

Conclusiones

Se les hace unas series de preguntas del Tema como un pretes y un postes- para generar interes y medir sus capacidades sobre su salud oral.

Recomendaciones

Cepillado 3 veces al dia
uso seda dental.
vicitar al odontologo cada 6 meses. y Tener una Buena Alimentacion

Responsables de la Actividad

Heredia J Espinosa

Morayesa.

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

Ypic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: IE: Jonin Grado 2.

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Junior Espinosa -

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha: 05-06-2025					Fecha:					Fecha:				
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad		COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
							Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Cristhian Felipe Rosso Ruiz	2°	13-09-2017	7	1074033008		0	0	0	24	13,7%										
2	Omar Zabaleta Bermudez	2°	22-12-2017	8	1103520495		0	0	0	24	17,8%										
3	Yisell Tellagos Delgado	2°	01-02-2016	9	1137876869		1	0	0	24	15,7%										
4	Yordin Combo	2°	03-04-2017	8	1233040514		0	0	0	24	11,6%										
5	Carlos Gonzalez	2°	25-09-2015	9	1074008930		0	0	2	22	20,7%										
6	Cristhian Hernandez H	2°	04-11-2014	10	1074006825		0	0	2	22	23,7%										
7	Heidy Hernandez H	2°	06-01-2013	12	1071436955		0	0	0	28	14%										
8	Anyeli Jarpin	2°	24-02-2017	8	1074386833		0	0	0	24	16,5%										
9	Jamil Flores	2°	04-04-2017	8	1074012601		0	0	0	24	17,55%										
10	Yiseny Jaramillo	2°	02-03-2018	7	1062985095		0	0	0	22	23,2%										

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: _____

23

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: Colegio Jumbo Grado 2

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Jumbo Espinosa

						TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
						Fecha: 05-06-2025					Fecha:					Fecha:				
						COP				% placa	COP				%	COP				% placa
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimient	Edad	# documento identidad	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	placa bacteri	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	bacteriana
1	Ghellen Andrea Manera Gonzalez	2do	27/04/2018	7	1071438768	0	0	0	24	14.7%										
2	Yilmar Martinez Garcia	2do	24/12/2017	6	1071438598	0	0	0	24	15%										
3	Saray Maussa Garces	2do	19/02/2017	8	1074014040	0	0	0	24	17%										
4	Cristian Jose Molina	2do	24/11/2013	10	1071437242	0	0	2	22	23%										
5	Jose luis Noriega floret	2do	17/09/2017	7	1074013528	0	0	0	24	15%										
6	Manuel Jose Noriega	2do	17/09/2017	7	1074013527	0	0	2	22	24.8%										
7	Alexa Sofia Pastrana	2do	03/01/2019	6	1074018468	0	0	0	24	17%										
8	Thomas Jose Pastrana	2do	28/05/2016	8	1074010409	0	0	0	24	19%										
9	Thiago Andres Reyares	2do	19/07/2017	7	1071438385	0	0	0	24	18%										
10	Yeysson David Ricardo	2do	12/08/2017	7	1074359525	0	0	2	22	24.8%										

Firma docente: Firma docente: Firma docente:

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

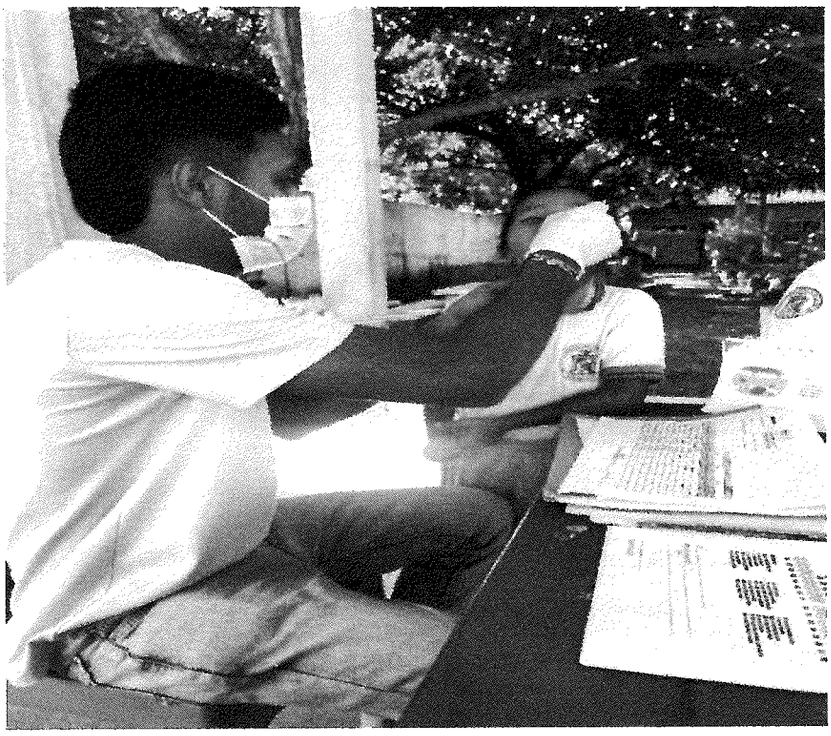
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

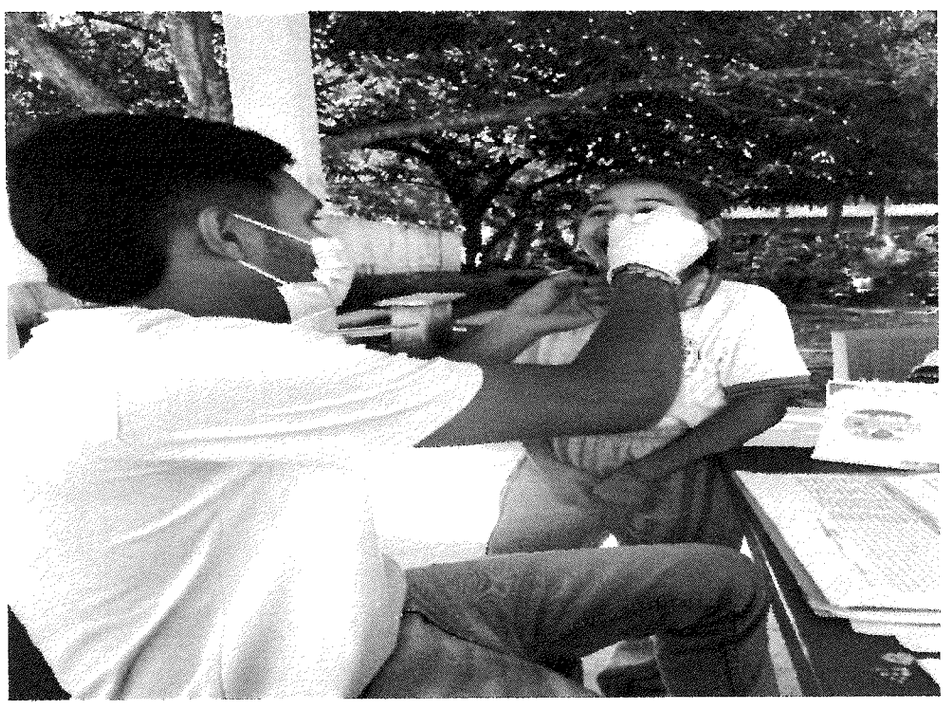
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

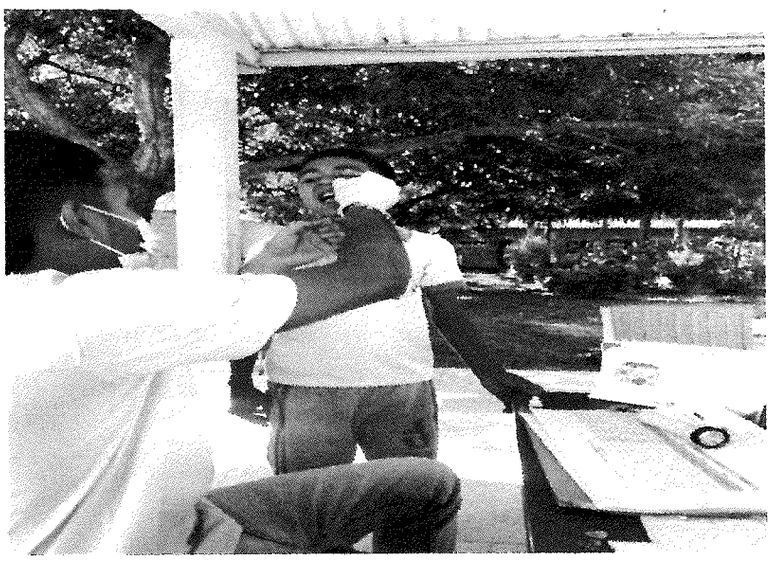
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

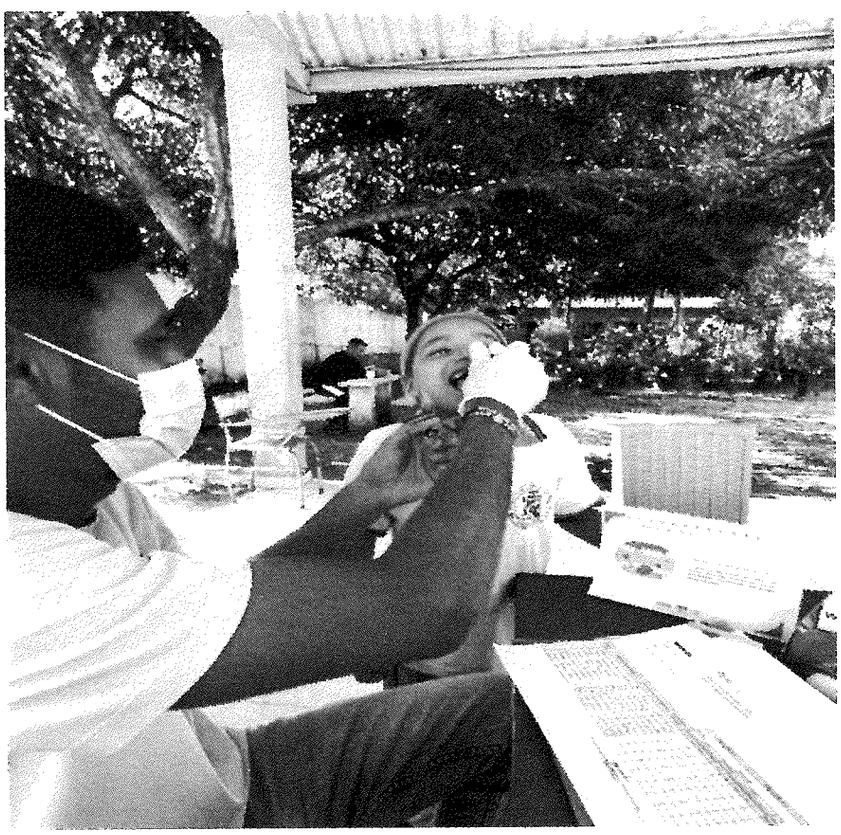
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025 .
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

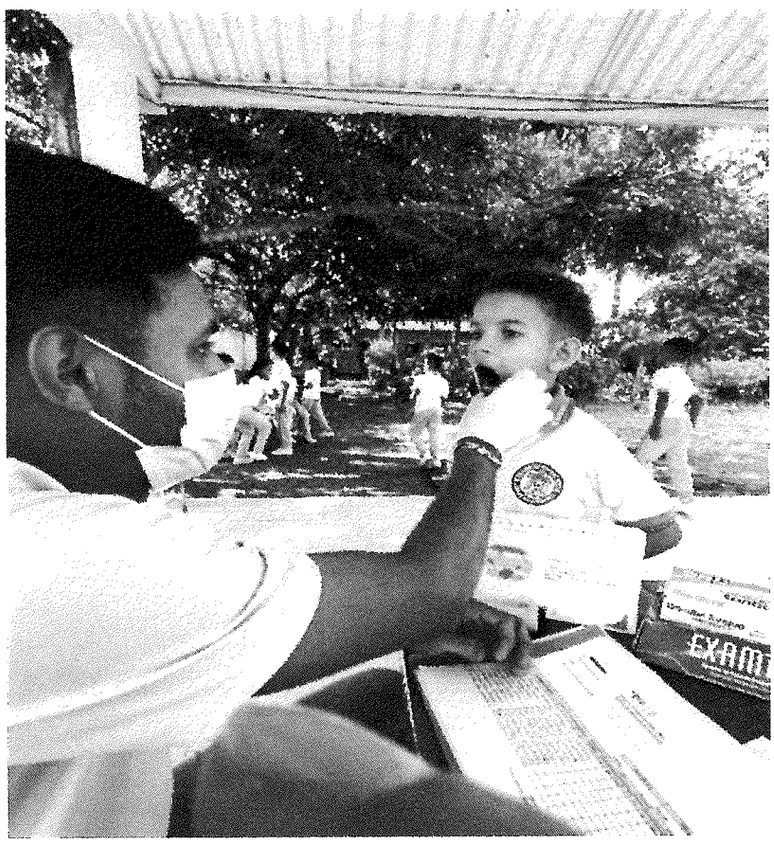
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

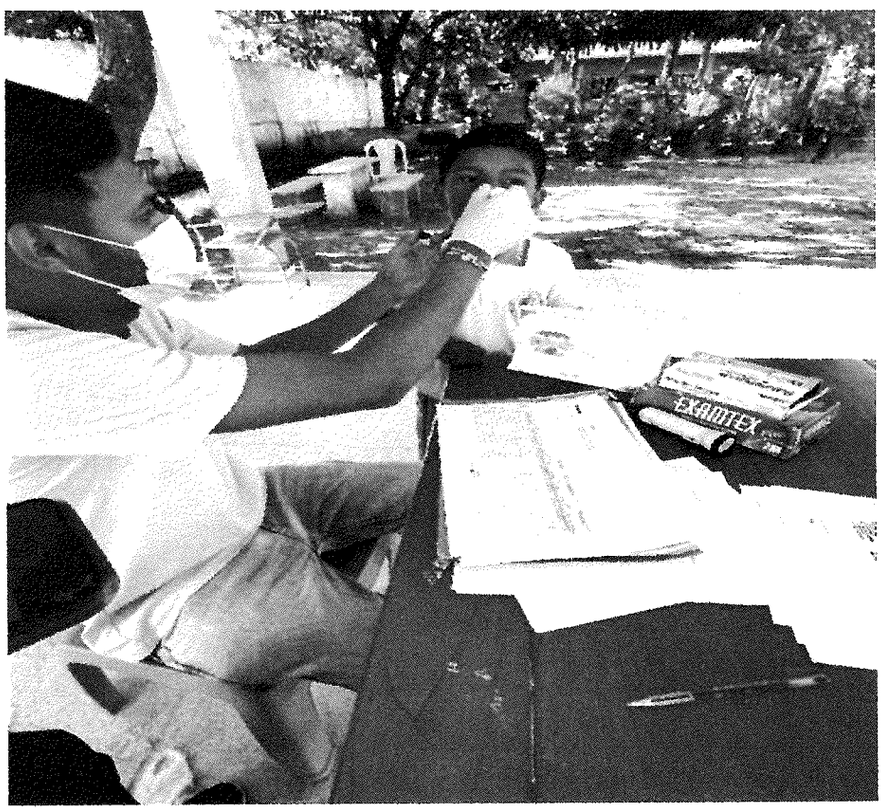
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA



[redacted]

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

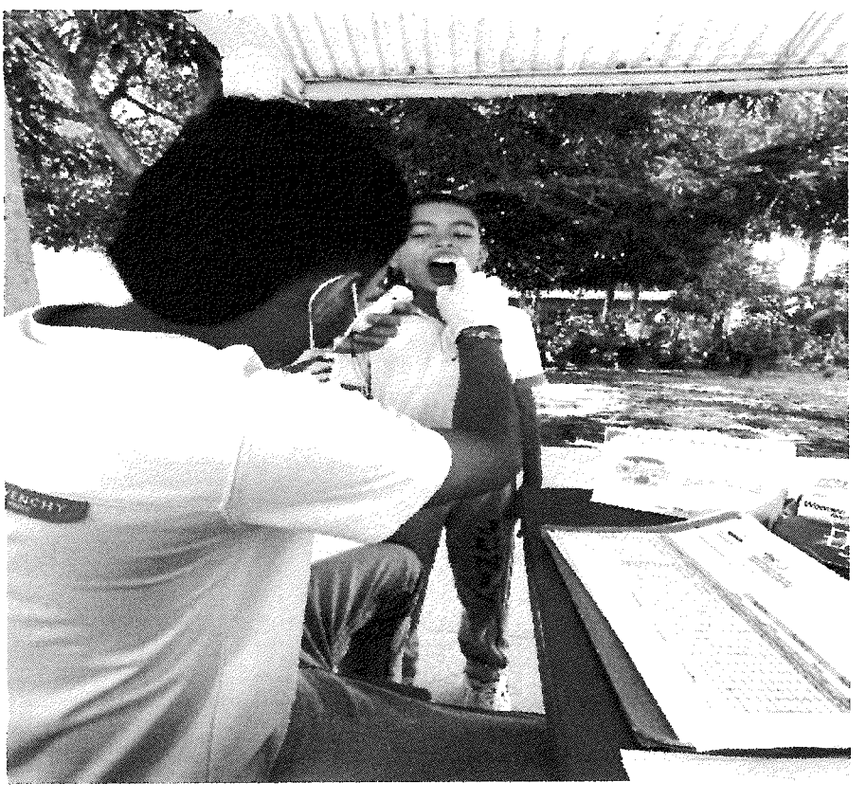
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

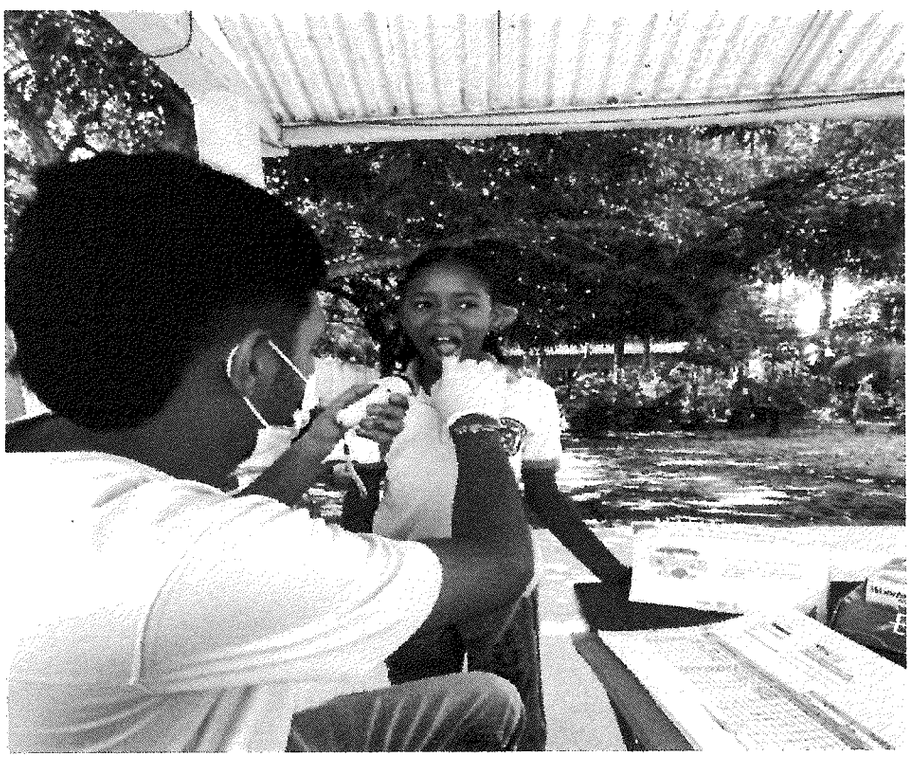
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

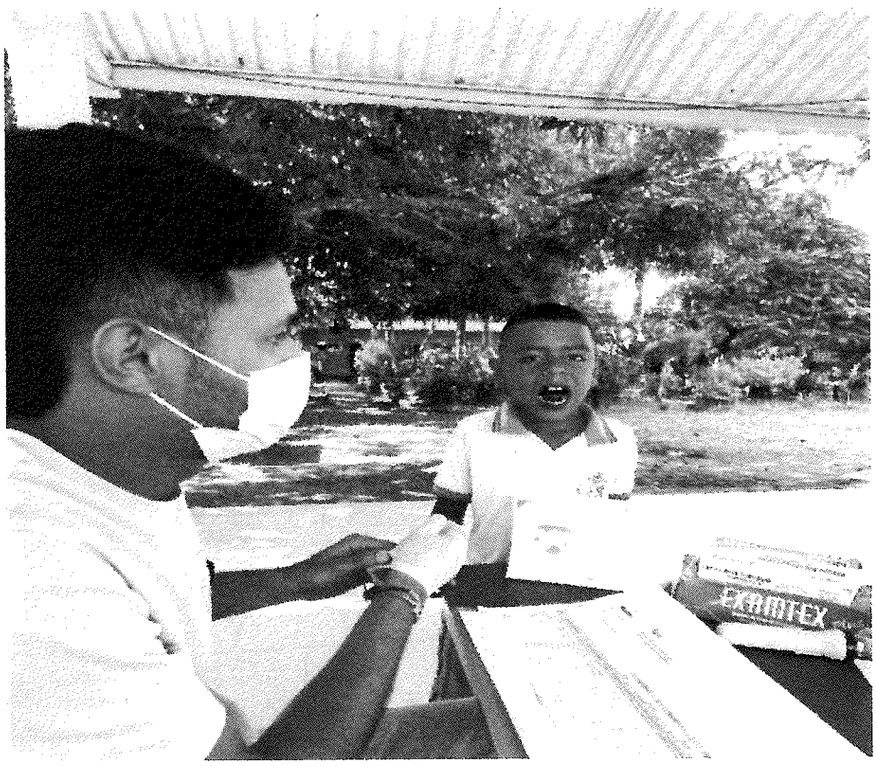
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

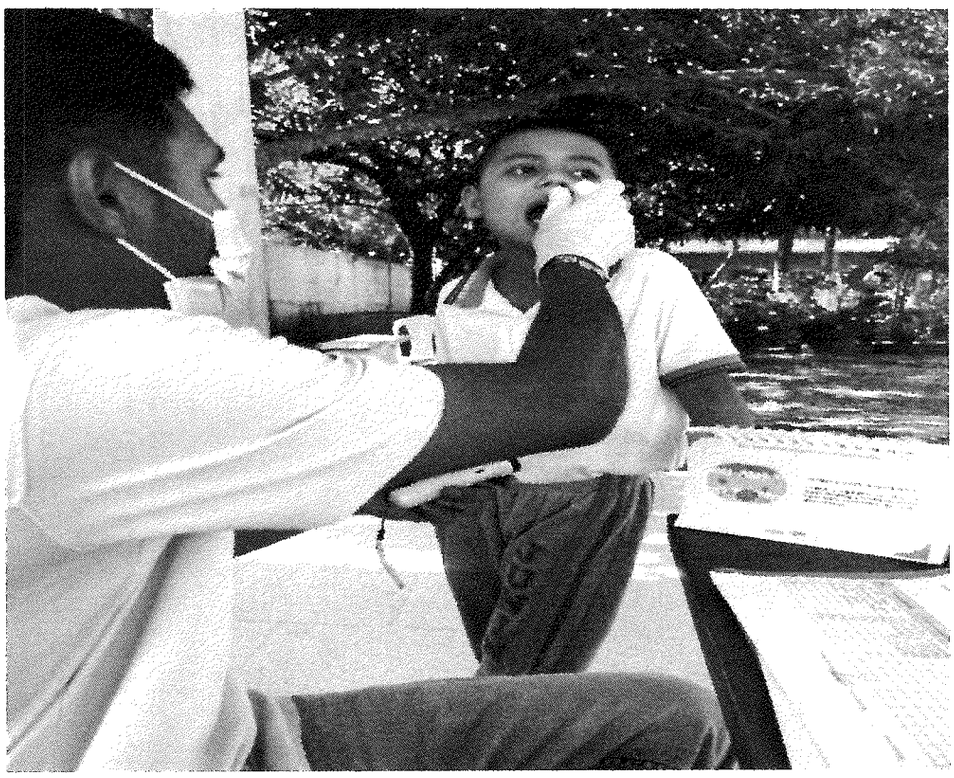
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

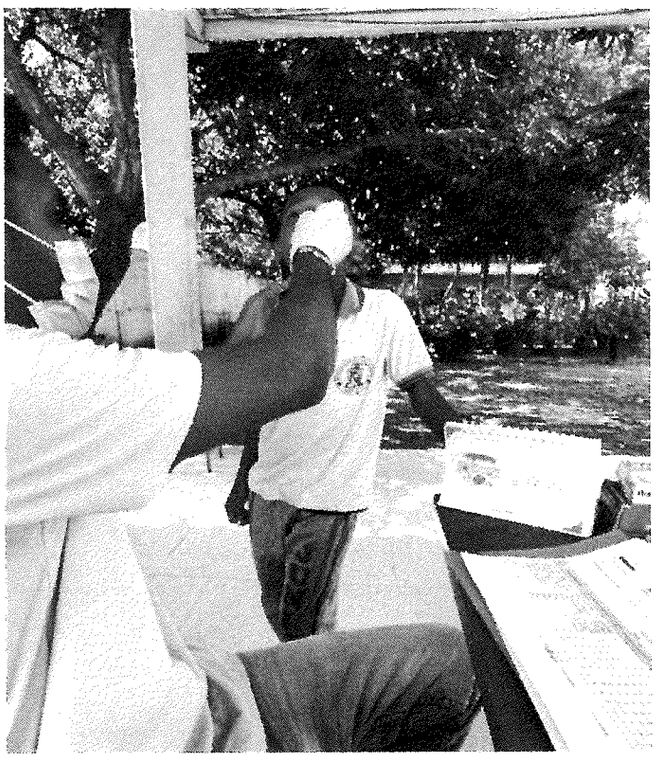
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

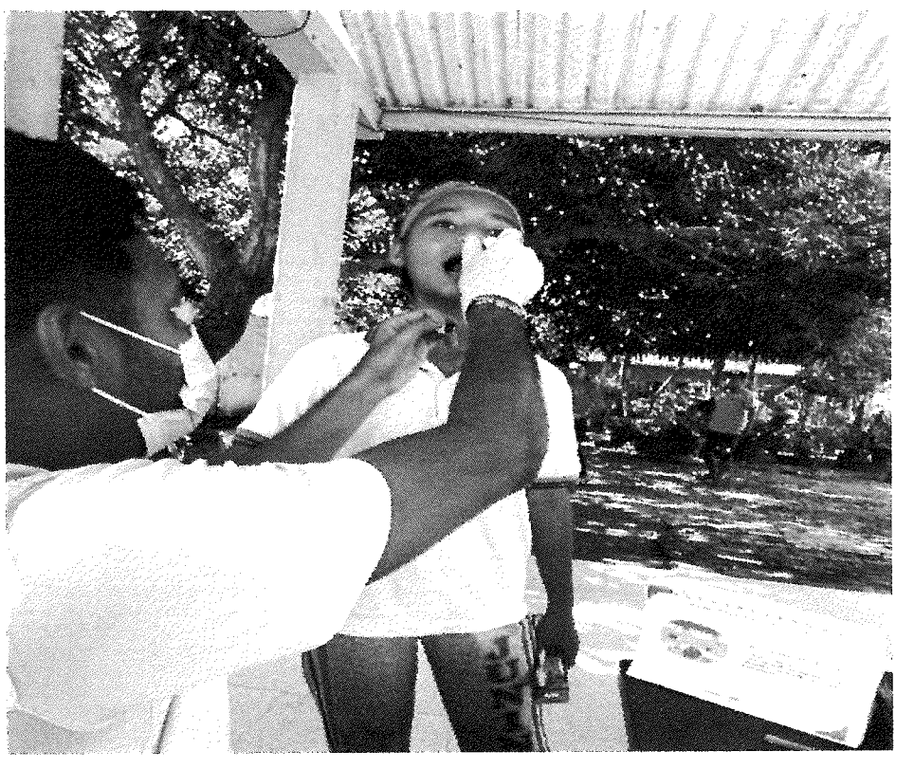
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

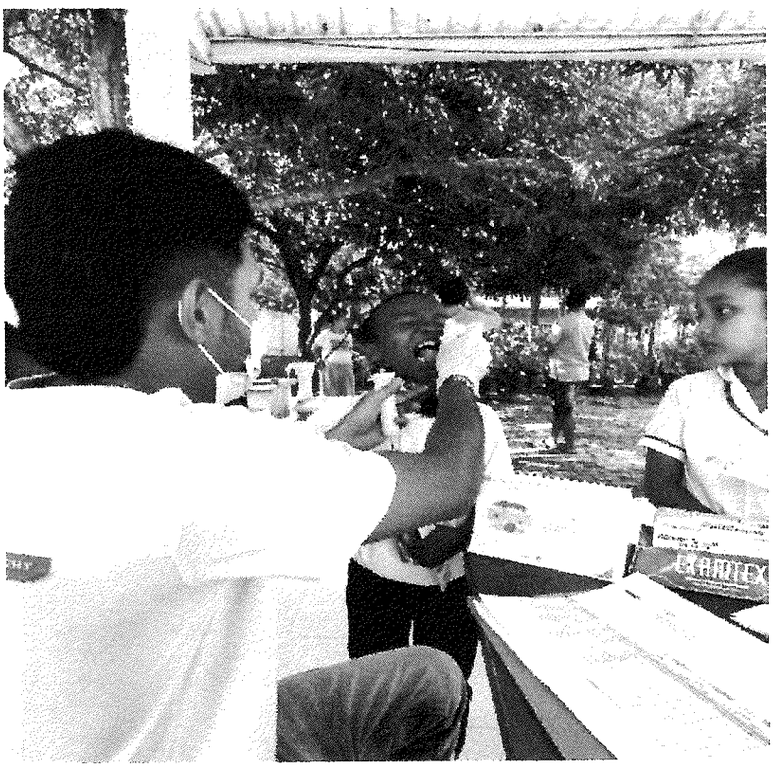
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Colegio Junin	Hora de Inicio: 9:40 am.
Fecha 05-06-2025	Hora de Finalización: 10:40 am

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar talleres de educacion en Salud oral. Sencibilizar. Sobre ensenasa. de la salud oral,

Desarrollo de la Reunión

Presentacion y Motivo de la Vicita

Hablamos del cuidado de laboca-con charla de correcto cepillado enfermedades bucales. y la importacia de cuidar los dientes.

Se Aplica gotas reveladoras- se cepilla cada estudiante se les entrega un Kits odontologico. A el estudiante. para Motivarlo a Tener unaboca sana.

Conclusiones

Se les Realiza una Evaluacion con antes y despues del Tema tratado. para generar Interes. y Conocamiento de lo Tratado.

Recomendaciones

Cepillado. 3 veces al dia
uso Cada dental
Vicitar al odontologo. cada 6 meses.
Alimentacion sana.

Responsables de la Actividad

Horacio J Espinosa

Corlet Urrutia

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

Gobernación de Córdoba

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: Colegio Juan Cruz 3

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Jun. Espinosa

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha: 05-06-2025					Fecha:					Fecha:				
							COP					COP					COP				
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa bacteriana
1	Alejandra Palmera	3ro	10-Nov-2016	8	1074011622		2	0	0	24	18%										
2	estiven Domico Pernia	3ro	8-Abr-2015	10	1074007855		0	0	4	20	17%										
3	Isela Mendoza Tatis	3ro	8-Jun-2016	9	1071438118		1	0	2	22	16%										
4	Deileen Altamiranda	3ro	01-Jul-2017	9	1074012944		0	0	0	24	15%										
5	Luis Jose Arcia	3ro	15-Jul-2016	9	1233040200		2	0	0	24	22%										
6	Orlanis Isabel Hernandez	3ro	04-Sep-2016	9	1071438158		0	0	4	20	27.2%										
7	Brian Carvajal Anaya	3ro	17-Sep-2015	9	1138030670		2	0	2	22	19.3%										
8	Yulianis Argumedo	3ro	29-ago-2016	8	1233040350		0	0	0	24	13%										
9	Anderson Callejas	3ro	23-ago-2017	8	1074013283		0	0	0	24	16%										
10	Everson Domico Nailorn	3ro	27-ago-2017	8	1074013498		0	0	2	22	21.3%										

Firma docente: Yelvis Barrera Firma docente: _____ Firma docente: _____

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CORPORACIÓN CÓRDOBA

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: Colegio Juanito Grado 2

Profesional que realiza la actividad: Heracho Jonan Elpiner

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha: 05-06-2025					Fecha:					Fecha:				
							COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Yan Carlos Moreno	3ro	14-oct-2014	10	1074007034		0	0	2	22	21.3%										
2	Luz Hellen Gomez	3ro	25-Sep-2017	8	1074013369		0	0	0	0	20.7%										
3	Deibi Antonio Domico	3ro	09-Abr-2016	8	1074010096		0	0	0	24	17.3%										
4	Kataleya Lara Hawasly	3ro	14-Ago-2017	7	1074013202		1	0	0	24	13%										
5	Yeiry Jarolpia Domico	3ro	22-Jul-2013	11	1074003140		0	0	2	24	18.7%										
6	Anyerth Angel Manrroyo	3ro	22-Nov-2015	9	1201250505		3	0	0	24	16%										
7	Saray German sanchez	3ro	03-Jun-2017	8	1074012805		0	0	0	24	13%										
8	Yendrid Mileth Lopez	3ro	26-ene-2015	10	1074007570		0	0	2	22	20.3%										
9	Camilo Jimenez	3ro	20-May-2015	10	1071437698		2	0	0	24	17%										
10	Ashly Sierra Ramos	3ro	07-Feb-2017	8	1074012215		0	0	0	24	13%										

Firma docente: Delvis J. Herrera Rojas Firma docente: _____ Firma docente: _____

5/10

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

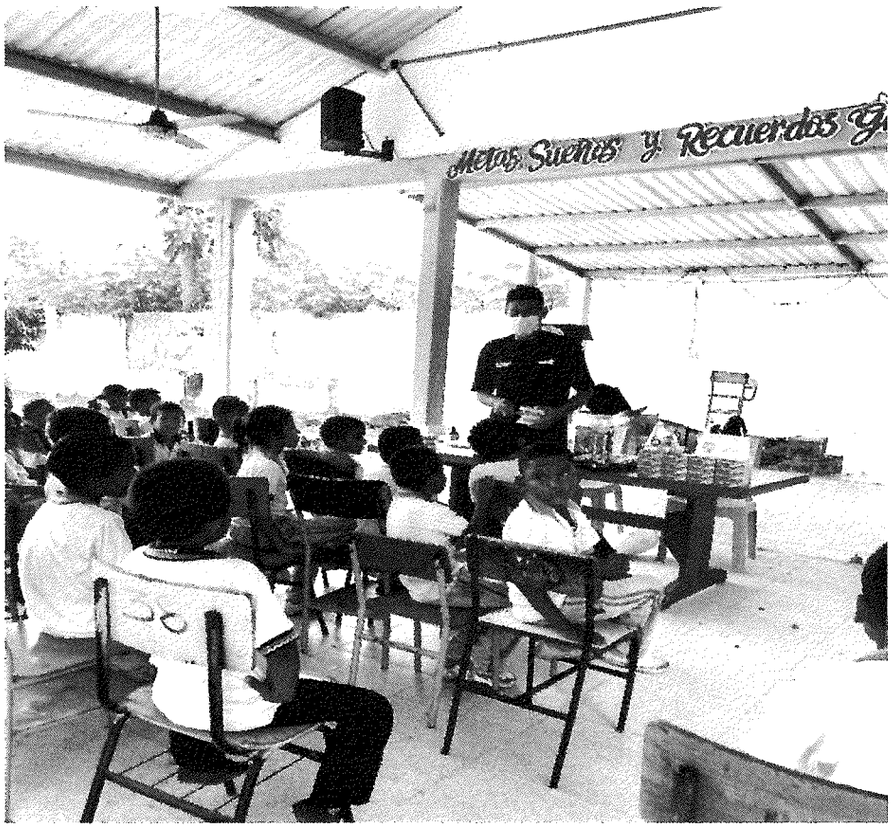
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO GRUPAL

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 1 – EVIDENCIA 1



Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

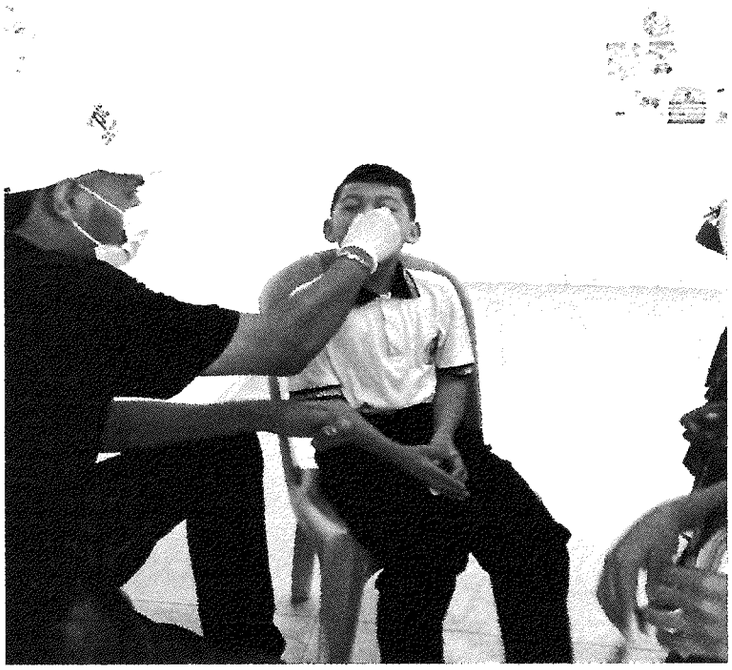
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	5 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia. VISITA 1 – EVIDENCIA 1



REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR

URBANO

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN CÓRDOBA

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 9-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandra Milena Gonzalez Florez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073976052
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: B/ Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145460616
f) EPS: Nueva Eps.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg			o FC: _____ lpm
o	Temperatura: _____ °C			o FR: _____ lpm
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 8 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 15,32 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnica de cepillado Dental
  - □ Dieta saludable Frecuencia del cepillado.
- Compromisos de la gestante:

Cepillado 3 veces al dia, uso diario de seda y enjuage bocal, visitar regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Herulio Espinosa Firma: Herulio J Espinosa

Firma de la gestante: Sandra Gonzalez

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (NO)

61

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

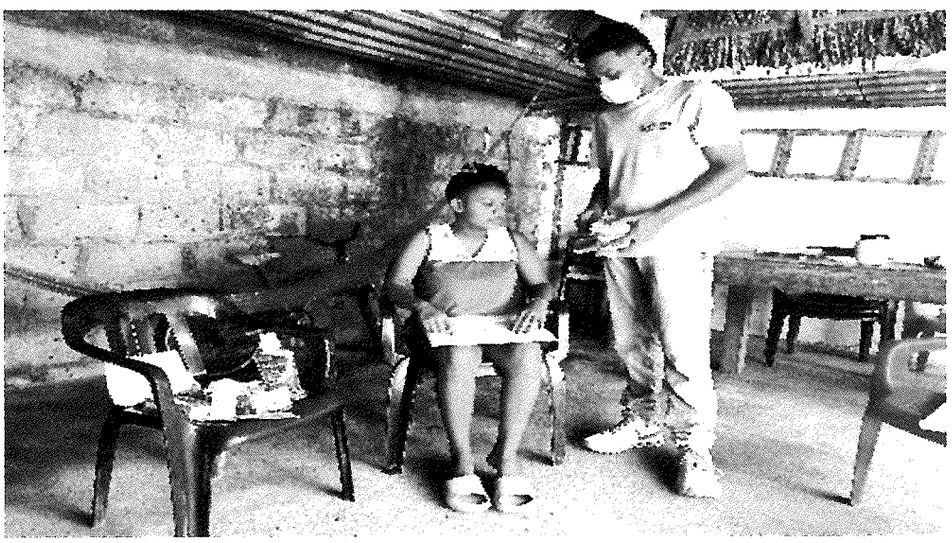
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	09 JUNIO -2025
Personas Intervenidas:	SANDRA MILENA GONZALEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	09 JUNIO -2025
Personas Intervenidas:	SANDRA MILENA GONZALEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 1 – FOTOGRAFIA 2



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09/06/25 Municipio: Montelibano Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandra Milena Gonzalez Florez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073976052
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: La esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145460616
f) EPS: Nueva eps

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 28
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 14/03/25 - 14/04/25 - 14/05/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 120/80 mmHg		o FC: 80 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 20 lpm	
o	AU: 28 cm	Peso: 61 kg	Talla: 158 cm	IMC:

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
		X	X	X
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
		X	X	X

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: (X) Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la Cita de Ginecologia
- EDUCACION BRINDADA: lo importante de tener un buen Control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnica de Cepillado
□ Dieta Saludable.

- Compromisos de la gestante:
Cepillado Diario; Uso de seda Dental.
Visitar al odontologo regularmente

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: Horacio Espinoza Firma: Horacio Espinoza.

Firma de la gestante: Sandra M. Gonzalez

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

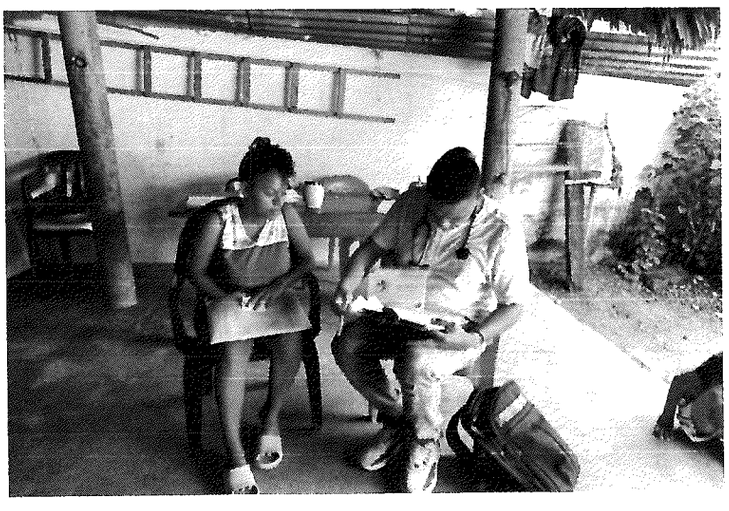
Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	SANDRA MILENA GONZALEZ FLOREZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 1





pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba | Hospital San José [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 16-07-25 Municipio: Montelíbano Número de visita: (2)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandra Milena Gonzalez Florez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073976052
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: Barrio Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145460616
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 3 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 15,32%
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas de Cepillado
□ Frecuencia de Cepillado

- Compromisos de la gestante:

Cepillado 3 veces al Dia, Uso Diario de Seda y enjuague Bocal, Visitar al odontologo.

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinoza Firma: Heraclio J Espinoza

Firma de la gestante: Sandra Gonzalez

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

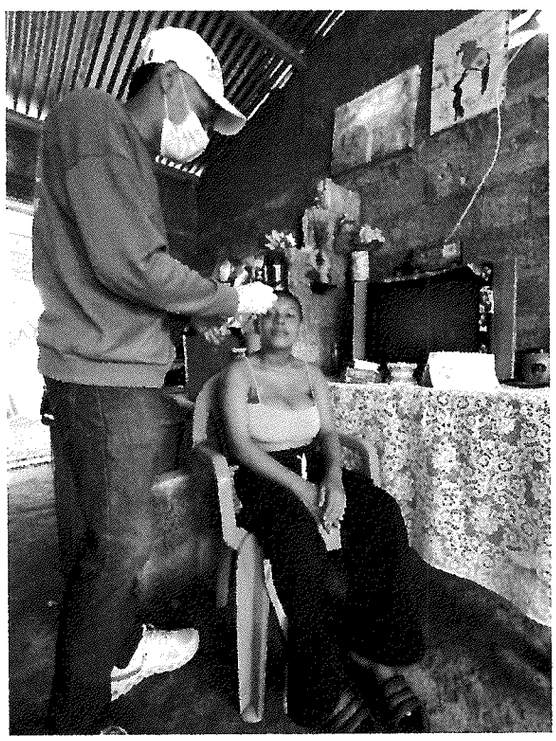
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	16 JUNIO -2025
Personas Intervenidas:	SANDRA MILENA GONZALEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 1 - VISITA NUMERO 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

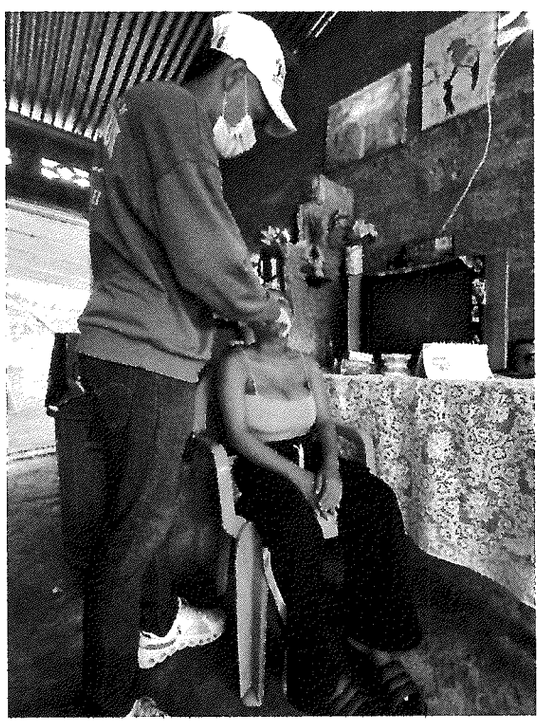
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	16 JUNIO -2025
Personas Intervenidas:	SANDRA MILENA GONZALEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 1 - VISITA NUMERO 2



pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 9-06-25 Municipio: Montelíbano Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marleys Murillo Sanchez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1071429480
c) Edad: 20 años
d) Dirección de residencia: B) Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145419836
f) EPS: coosalud copi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 29
- Recuento de placa bacteriana: 22,5 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena ☒ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): Asistir a control odontologico
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado
  - □ Frecuencias del cepillado
- Compromisos de la gestante:

Cepillado diario 3 veces al dia, uso de Seda y enjuage Bocal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heradio Espinosa Firma: Heradio J Espinosa.

Firma de la gestante: Marleys Murillo

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	1 JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	MARLEY ESTHER MURILLO SANCHEZ

GESTANTE 2 VISITA 1

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.



pic | Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09/06/25 Municipio: Cerralta Número de visita: (1)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Maria Esther Murillo Saucedo
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1071479480
c) Edad: 20 años
d) Dirección de residencia: Esperalda zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145414836
f) EPS: Cajacopi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 15
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 16/03/25 - 18/04/25 - 20/05/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110 / 90 mmHg		o FC: 90 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 14 cm	Peso: 52 kg	Talla: 164 cm	IMC: 19
o				

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
		X		

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: (X) Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
    ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Colocarse la Vacuna el 16/09/25
- EDUCACION BRINDADA La importancia de la Colocacion de las Vacunas

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

_____

Nombre médico: Brayan Macea Firma: Brayan Macea

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Maleys M

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	MARLEY ESTHER MURILLO SANCHEZ

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 2 – VISITA 1





Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA | HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 1-07-25 Municipio: Montelibano Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marleys Murillo Sanchez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074429480
c) Edad: 20 años
d) Dirección de residencia: B/ esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145419836.
f) EPS: Coosalud copi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____/_____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ____
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 12,1 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la Fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas de cepillado Dental
□ Frecuencia de Cepillado

- Compromisos de la gestante:

Cepillado 3 veces al dia, uso diario de seda y enjuague Bucal, visitar al odontologo.

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Marleys Murillo.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	01 JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	MARLEY ESTHER MURILLO SANCHEZ

GESTANTE 2 VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 2 VISITA 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	01 JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	MARLEY ESTHER MURILLO SANCHEZ

GESTANTE 2 VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 2 VISITA 2



pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba | Hospital San José [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 9-06-25 Municipio: Montelíbano Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Maria José Yanet Diaz
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074001169
c) Edad: 30 años
d) Dirección de residencia: B/- Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3018641410
f) EPS: Caja copi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 2 Sanos 26
- Recuento de placa bacteriana: 16,34 %
- Estado de higiene oral: □ Buena ☒ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes apartir de la Fecha.
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado
  - □ Frecuencias del cepillado
- Compromisos de la gestante:
  Cepillado 3 veces al dia, uso diario de seda y enjuage bucal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: María José

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (N)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	09 JUNIO2025
Personas Intervenidas:	MARIA JOSE YANEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 3 - VISITA NUMERO 1 – FOTOGRAFIA 1



77

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	09 JUNIO2025
Personas Intervenidas:	MARIA JOSE YANEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 3 - VISITA NUMERO 1 - FOTOGRAFIA 2



pic

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09/06/25 Municipio. Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Maria Jose Yanez Diaz
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074001168
c) Edad: 30 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3014341410
f) EPS: Casa Col

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 23
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 04/03/25-08/04/25-10/05/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 120/70 mmHg			o FC: 70 lpm	
o Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o AU: 23 cm	Peso: 59 kg	Talla: ____ cm		IMC: 22

	TD	Influenza	Dpta
o FECHAS VACUNAS	X	X	

	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
o CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	X		X

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- Estado general: (X) Bueno □ Regular □ Malo
- Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se Compromete asistir a lo acto de Siguiente Control Prenatal
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de tener un buen Control Prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 24
- Recuento de placa bacteriana: 19.3%
- Estado de higiene oral: (X) Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí (X) No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha.
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas del Cepillado.
  - □ Dieta Saludable.
- Compromisos de la gestante:
  Cepillado 3 veces al dia. y uso frecuente de Seda Dental. Visita Regular al odont

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Mo

Nombre odontólogo: Heraclio Espinoza Firma: Heraclio Espinoza.

Firma de la gestante: Maria Jose

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

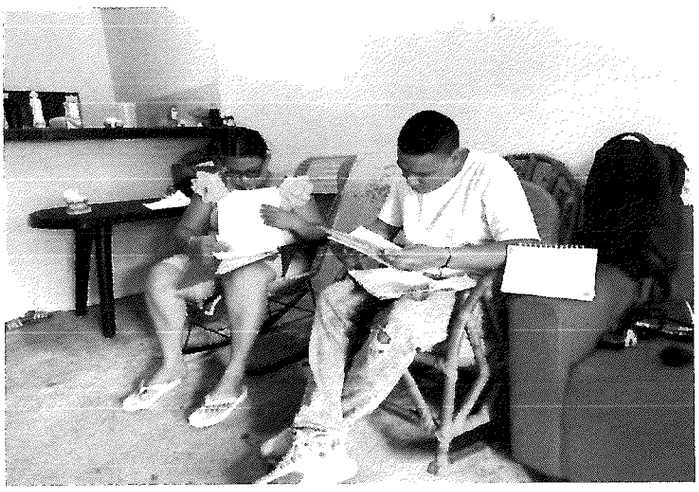
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

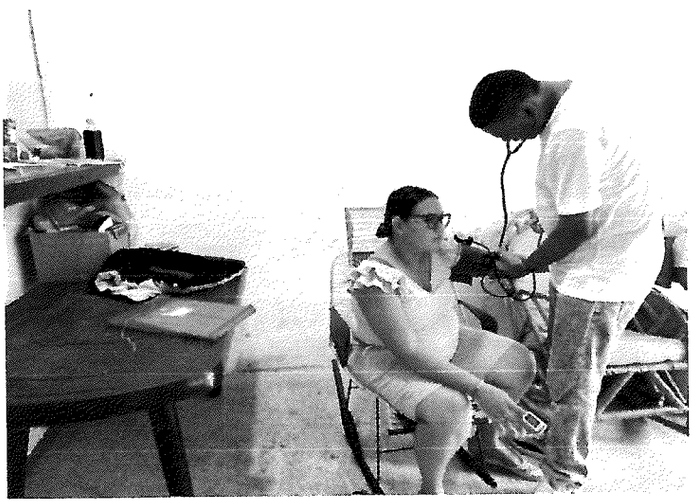
EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	MARIA JOSE YAÑEZ DIAZ

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 3 - VISITA NUMERO 1





pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba | Hospital San José [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 8-7-25 Municipio: Montelibano Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Maria José Yanez Diaz
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074001168
c) Edad: 30 años
d) Dirección de residencia: B/ Esmeralda. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3014341410
f) EPS: Cafe salud

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____/_____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 2 Sanos 26
- Recuento de placa bacteriana: 12,5 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la Fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado.
  - □ Frecuencias de cepillado.
- Compromisos de la gestante:
  Cepillado 3 veces al dia, uso diario de seda y enjuage Bocal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Maria José

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	8 DE JULIO- 2025
Personas Intervenidas:	MARIA JOSE YANEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE : 3 - VISITA : 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	08 JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	MARIA JOSE YANEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE: 3 - VISITA : 2



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 9-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Beatriz Elena Argel Saavedra
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1102895780
c) Edad: 24 años
d) Dirección de residencia: B/ Diamante zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 312 7391158
f) EPS: Mutualser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 19,74 %
- Estado de higiene oral: [X] Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí [X] No
- Controles odontológicos (fechas): Asiste a Control odontologico
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de Cepillado
  - □ Frecuencias del cepillado.
- Compromisos de la gestante:

Cepillado 3 veces al dia, Uso Diario de seda y enjuague Bucal. Visita al odontologo.

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio Espinosa Firma: Horacio J Espinosa.

Firma de la gestante: Beatriz Saavedra

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

84

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

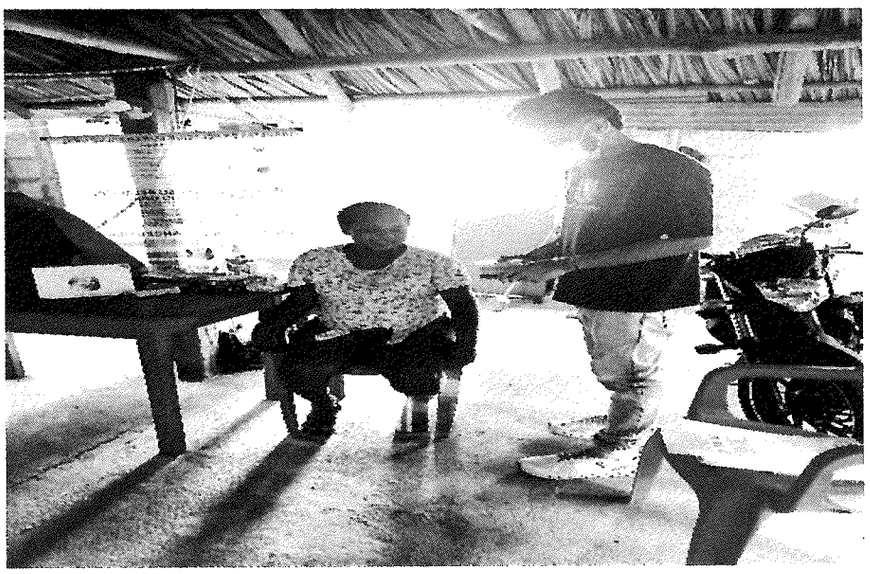
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Barrio la Esmeralda
Fecha:	9 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	BEATRIZ ELENA ARGEL SAAVEDRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 4 - VISITA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

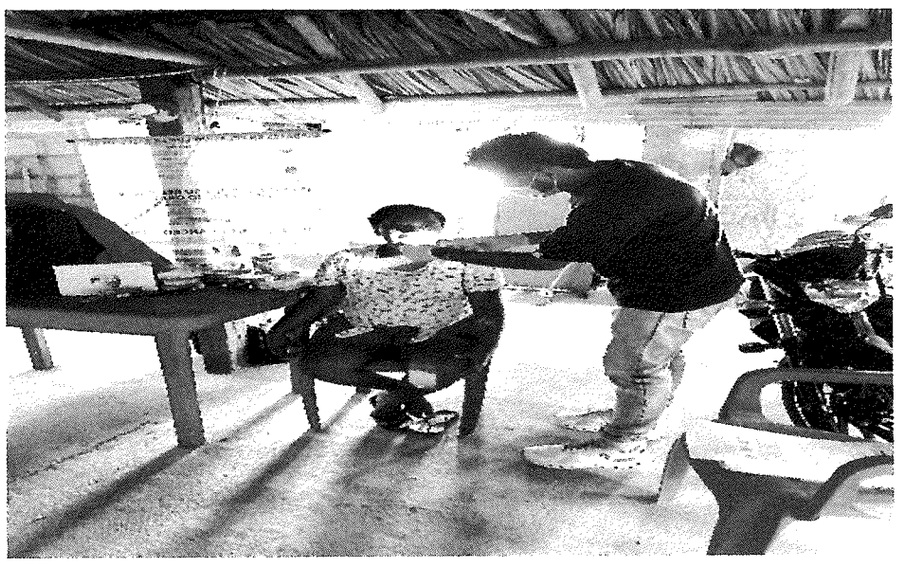
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Barrio la Esmeralda
Fecha:	9 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	BEATRIZ ELENA ARGEL SAAVEDRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 4 - VISITA 1 – FOTOGRAFIA 2



pic

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09/06/25 Municipio: Tierralta Número de visita: 1

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Beatriz Elena Angel Saavedra
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1192595758
c) Edad: 24 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3127391158
f) EPS: Mutual SER

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 24
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 06/01/25-07/02/25-10/03/25-11/04/25-14/05/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110/70 mmHg			o FC: 80 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o	AU: 24 cm	Peso: 60 kg	Talla: 160 cm		IMC: 23

o	FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
		X	X	
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
		X	X	X

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: _ NO: X
  - ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la cita con el Perinatologo
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de tener un buen Control Prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 4 Perdidos 0 Sanos 22
- Recuento de placa bacteriana: 17%
- Estado de higiene oral: X Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí X No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de Cepillado.
  - □ Dieta Saludable
- Compromisos de la gestante: Cepillado 3 veces al Dia. Visitar frecuentemente al Odontologo

Nombre médico: Brayan Marina Firma: Brayan Mar

Nombre odontólogo: Horacio E. Firma: Horacio E.

Firma de la gestante: Beatriz Saavedra

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	BEATRIZ ELENA ARGEL SAAVEDRA

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 4- VISITA NUMERO 1





pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba | Hospital San José [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 1-7-25 Municipio: Montería. Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Beatriz Elena Angel
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1192895980
c) Edad: 24 años
d) Dirección de residencia: B/ Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3127391158
f) EPS: Mutualser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 29
- Recuento de placa bacteriana: 11,29 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena ☐ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes apartir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado
  - □ frecuencias de cepillado Dental
- Compromisos de la gestante:

Uso Diario de seda y enjuague Bucal., cepillado 3 veces al Dia, Visitar al Odontologo Regularmente

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio E. Firma: Horacio E.

Firma de la gestante: Beatriz Saavedra

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO ESMERALDA
Fecha:	01 DE JULIO DE 2015
Personas Intervenidas:	BEATRIZ ELENA ARGEL SAAVEDRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 4 VISITA 2



Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO ESMERALDA
Fecha:	01 DE JULIO DE 2015
Personas Intervenidas:	BEATRIZ ELENA ARGEL SAAVEDRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 4 VISITA 2



pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

SECRETARÍA DE SALUD CÓRDOBA

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luz Marina Figueroa
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1003433915
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: B/ Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3217194053
f) EPS: M-Sor.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 25
- Recuento de placa bacteriana: 17,75 %
- Estado de higiene oral: □ Buena ☒ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes apartir de la Fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas cepillado.
  - □ Frecuencias de cepillado. Uso de Seda Dental.
- Compromisos de la gestante:
  Cepillado 3 veces al dia, uso Diario de Seda y enjuage Bocal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Aracelio Espinosa. Firma: Aracelio J Espinosa.

Firma de la gestante: Luz Figueroa

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Barrio la Esmeralda
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	LUZ CHARINE FIGUEROA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 5 - VISITA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

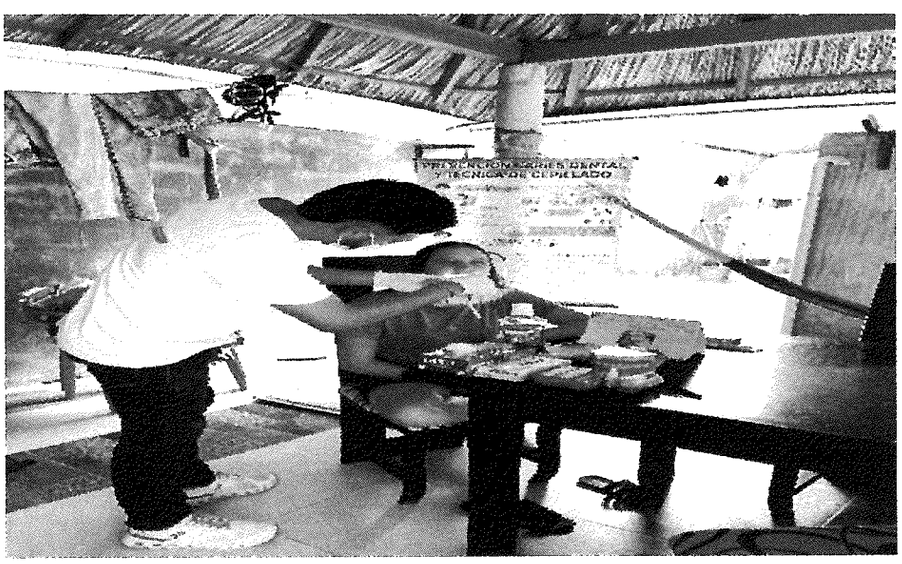
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Barrio la Esmeralda
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	LUZ CHARINE FIGUEROA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

ESTANTE 5 - VISITA 1 – FOTOGRAFIA 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

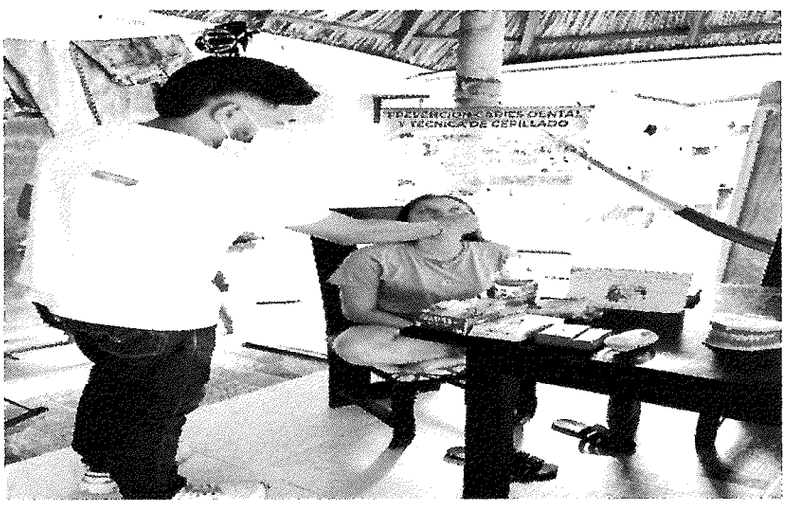
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Barrio la Esmeralda
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	LUZ CHARINE FIGUEROA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

ESTANTE 5 - VISITA 1 – FOTOGRAFIA 3



pic

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09/06/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luz Charine Figueroa C.
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1003423115
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3217194053
f) EPS: Mutual Ser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 16
- Número de controles prenatales: 2
- Fecha de controles prentales: 15/04/25 - 16/05/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 120/70 mmHg			o FC: 70 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 19 lpm	
o	AU: 15 cm	Peso: 53 kg	Talla: 165 cm		IMC: 21

o

o	FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
		X	X	X

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- Estado general: (X) Bueno □ Regular □ Malo
- Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete a colocarse las vacunas.
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de colocarse las vacunas

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 16.7%
- Estado de higiene oral: (X) Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí (X) No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha.
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado
  - □ Dieta Saludable.
- Compromisos de la gestante:
  Cepillado 3 veces al Dia.
  Visita frecuente al odontologo.

Nombre médico: Eryon Moreno Firma: [signature]

Nombre odontólogo: Horacio E. Firma: Horacio E.

Firma de la gestante: Luz Figueroa.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	LUZ CHARINE FIGUEROA

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 5- VISITA NUMERO 1





pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba | Hospital San José [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 8-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luz Charine Figueroa
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1003433 915.
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: B- Esmeralda zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3217194053
f) EPS: M-Ser.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 25
- Recuento de placa bacteriana: 11/60 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la Fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnica de cepillado
□ Frecuencia del cepillado.

- Compromisos de la gestante:

Uso diario de la Seda y enjuage Bocal
Cepillado 3 veces al dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Luz Figueroa

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	8 DE JULIO -2025
Personas Intervenidas:	LUZ CHARINE FIGUEROA

GESTANTE 2 VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 5 VISITA 2



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 9-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandy Marcela Martinez Plaza
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074431780
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: B. Esmeralda zona ~~Ad~~ (R)
e) Teléfono de contacto: 3233613901
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 26
- Recuento de placa bacteriana: 1428 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): Asistio a Control odontologico
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas del cepillado
□ Frecuencia de cepillado

- Compromisos de la gestante:

Tecnicas de Cepillado, cepillado 3 veces al dia, uso diario de seda y enjuague bucal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Sandy Martinez

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (~~b~~)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	**SAIDY MARCELA MARTINEZ PLAZA**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 6 - VISITA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	**SAIDY MARCELA MARTINEZ PLAZA**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 6 - VISITA 1 – FOTOGRAFIA 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

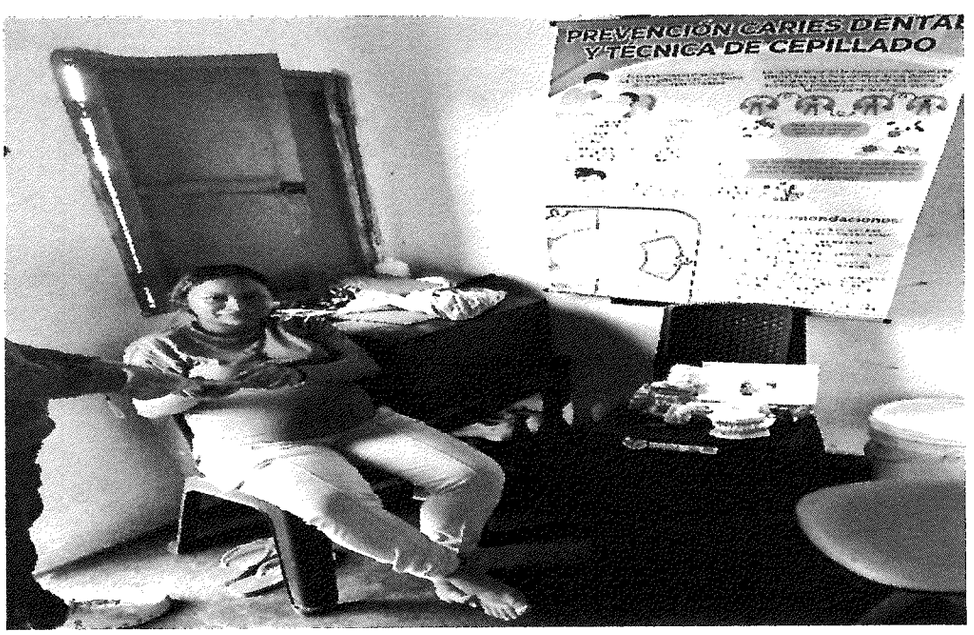
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	**SAIDY MARCELA MARTINEZ PLAZA**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 6 - VISITA 1 – FOTOGRAFIA 3



[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09/06/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sayli Marcela Martinez P
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1071431780
c) Edad: 17 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (R)
e) Teléfono de contacto: 3233613701
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 29
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 19/03/25-19/04/25-12/05/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110/70 mmHg			o FC: 80 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 20 lpm	
o	AU: 28 cm	Peso: 65 kg	Talla: 160 cm		IMC: 25

o	FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
		X	X	X
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
		X	X	X

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- Estado general: X Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la cita con Ginecologia.
- EDUCACION BRINDADA

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 24
- Recuento de placa bacteriana: 21 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes apartir de la fecha.
- Educación en salud oral brindada:
  - ☐ Tecnicas de Cepillado
  - ☐ Dietas Saludables
- Compromisos de la gestante: Cepillado 3 veces al Dia. Visitar frecuentemente al odontologo

Nombre médico: Brayan Flores Firma: Brayan Flores

Nombre odontólogo: Heracio E Firma: Heracio E.

Firma de la gestante: Sandy Martinez

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

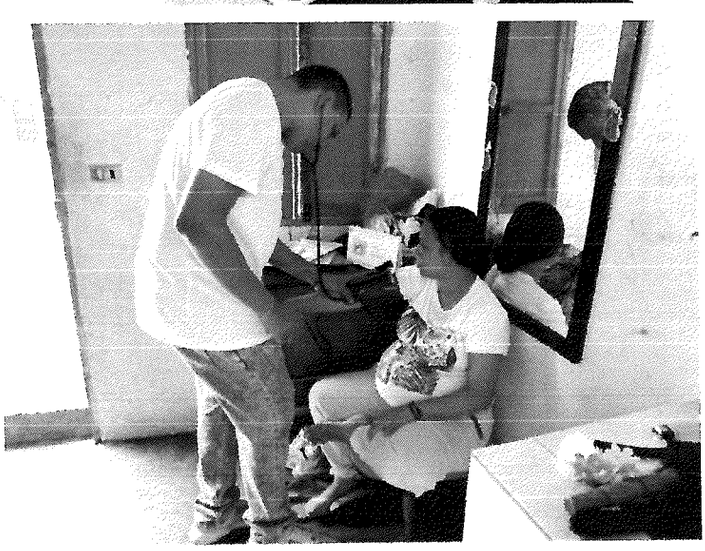
EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	SAIDY MARCELA MARTINEZ PLAZA

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 6- VISITA NUMERO 1





pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba | Hospital San José [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 9-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandy Marcela Martinez Plaza
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074931780
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: B. Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3233613901
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 26
- Recuento de placa bacteriana: 1428 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): Asistir a Control odontologico
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas del Cepillado
  - □ Frecuencia del cepillado
- Compromisos de la gestante:

Tecnicas de Cepillado, Cepillado 3 veces al dia, uso diario de Seda y enjuague bucal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Sandy Martinez

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

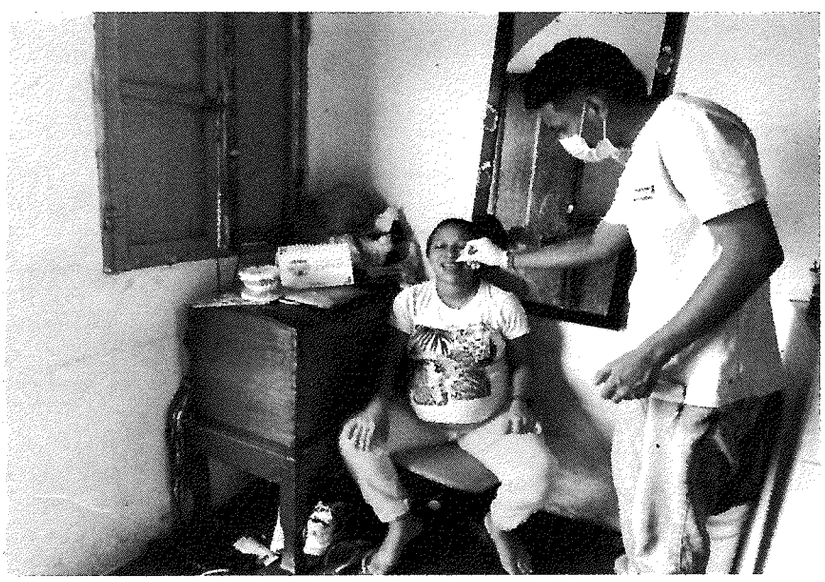
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	9 DE JULIO -2025
Personas Intervenidas:	SAIDY MARCELA MARTINEZ PLAZA

GESTANTE 2 VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 6 VISITA 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

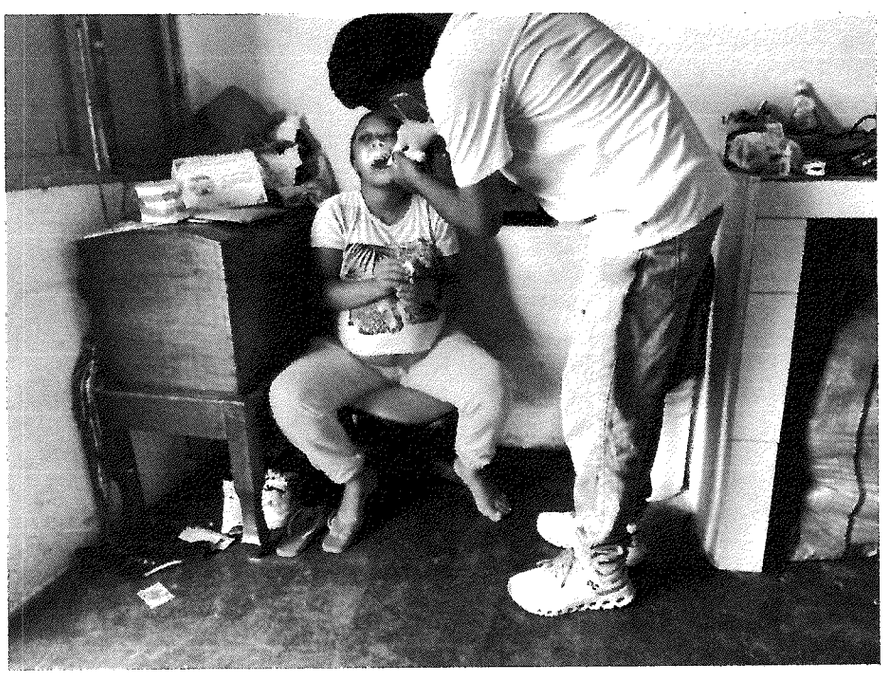
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	8 DEJULIO 2025
Personas Intervenidas:	SAIDY MARCELA MARTINEZ PLAZA

GESTANTE 2 VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 6 VISITA 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

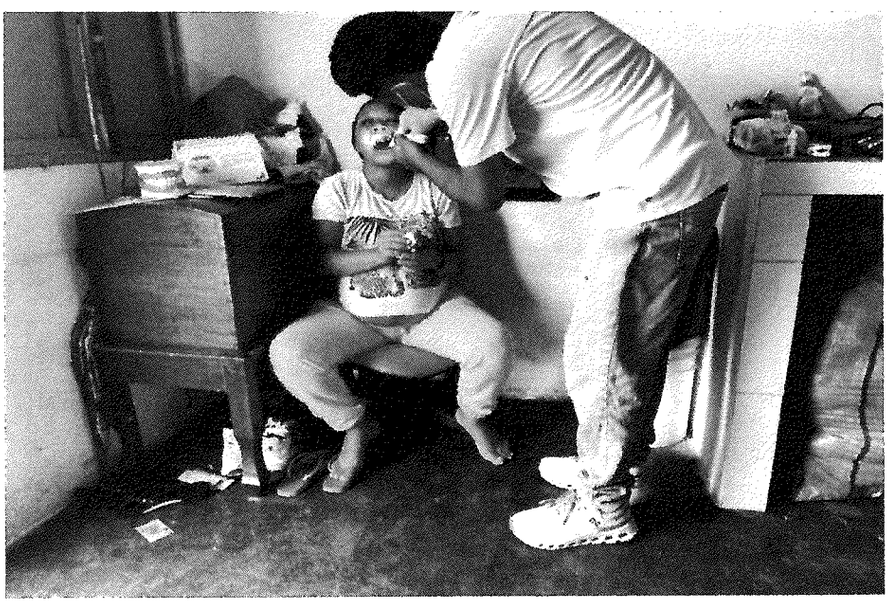
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	8 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	SAIDY MARCELA MARTINEZ PLAZA

GESTANTE 2 VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 6 VISITA 2



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Margarita María Hernandez Perez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074 609 639
c) Edad: 27 años
d) Dirección de residencia: B/ Esmeralda zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3136768876
f) EPS: N- EPS.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 5.0 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): Asistir a control odontologico
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado.
  - □ Frecuencias de cepillado.
- Compromisos de la gestante:

Cepillado 3 veces al dia, uso diario de seda y enjuage Bocal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa.

Firma de la gestante: Margarita H.P.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	MARGARITA MARIA HERNANDEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 7 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

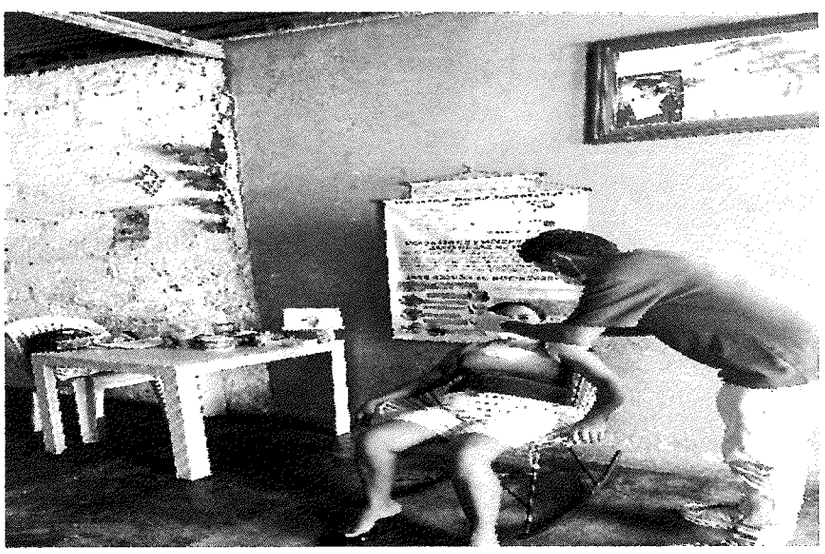
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	MARGARITA MARIA HERNANDEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 7 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

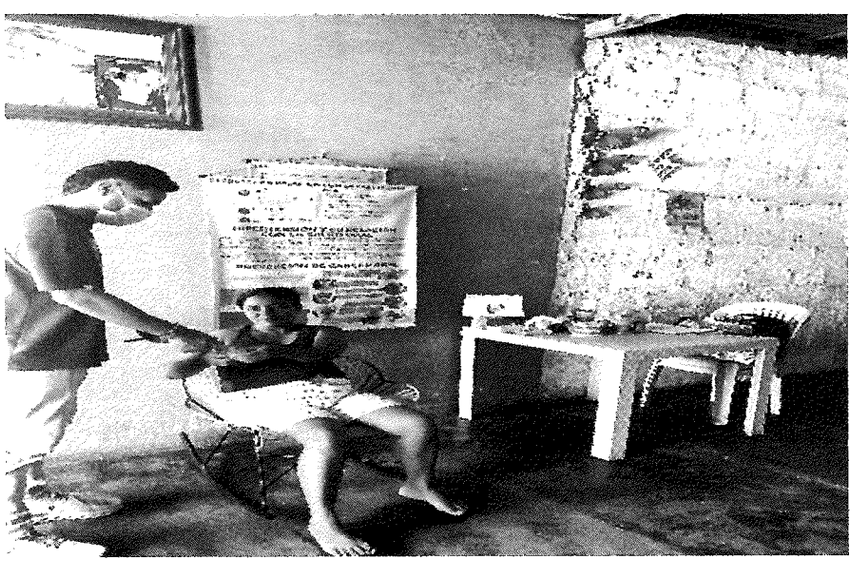
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	MARGARITA MARIA HERNANDEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 7 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 3



pic

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/06/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Margarita Maria Hernandez Perez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074009637
c) Edad: 27 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3136768876
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 34
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 07/01/25-07/02/25-10/07/25-11/04/25-13/05/25
- Signos vitales:

Presión arterial: 110 / 70 mmHg				o FC: 80 lpm	
Temperatura: 36 °C				o FR: 18 lpm	
AU: 32 cm	Peso: 65 kg		Talla: 160 cm		IMC: 25

FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
	X	X	X
CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
	X		X

Clasificación del Riesgo obstétrico: Baja

- Evaluación general de la gestante:
- Estado general: X Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la cita con ginecologia
- EDUCACION BRINDADA: la importancia de tener un buen control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 4 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 22
- Recuento de placa bacteriana: 17 %
- Estado de higiene oral: X Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas):
- Educación en salud oral brindada:
  - ☐ Tecnicas de Cepillado.
  - ☐ Dietas Saludables
- Compromisos de la gestante:
  Cepillado 3 veces al Dia
  Visitar frecuentemente al odontologo

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: Horacio E. Firma: Horacio E.

Firma de la gestante: Margarita Hp

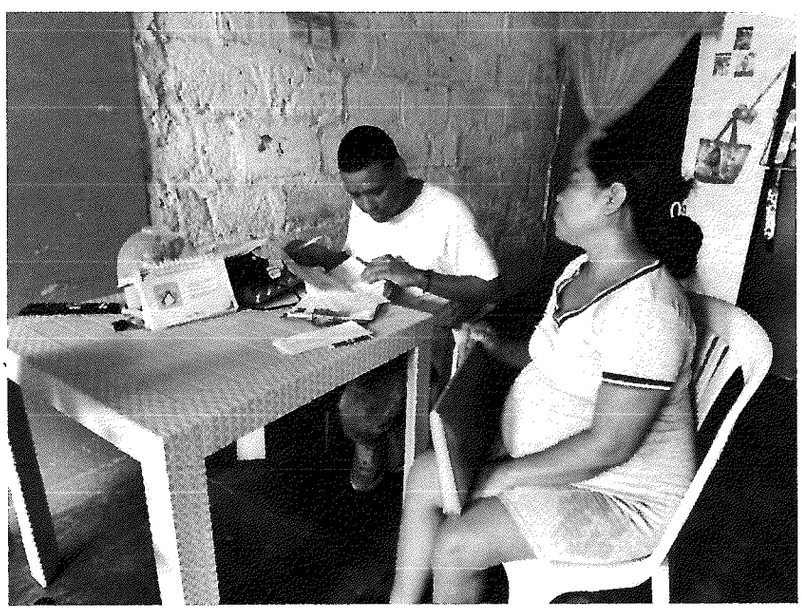
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

HOSPITAL SAN JOSE	INFORME DE EJECUCION PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud CÓRDOBA

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	MARGARITA MARIA HERNANDEZ PEREZ

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 7- VISITA NUMERO 1





pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 8-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Margarita Maria Hernandez Perez.
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074.009 639
c) Edad: 27 años
d) Dirección de residencia: B/ Esmeralda zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3136768876
f) EPS: M-Eps.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 27.
- Recuento de placa bacteriana: 6,66 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado
  - □ Frecuencia de cepillado
- Compromisos de la gestante:

Uso diario de Seda y enjuague Bucal.
Cepillado 3 veces al dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Margarita H.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

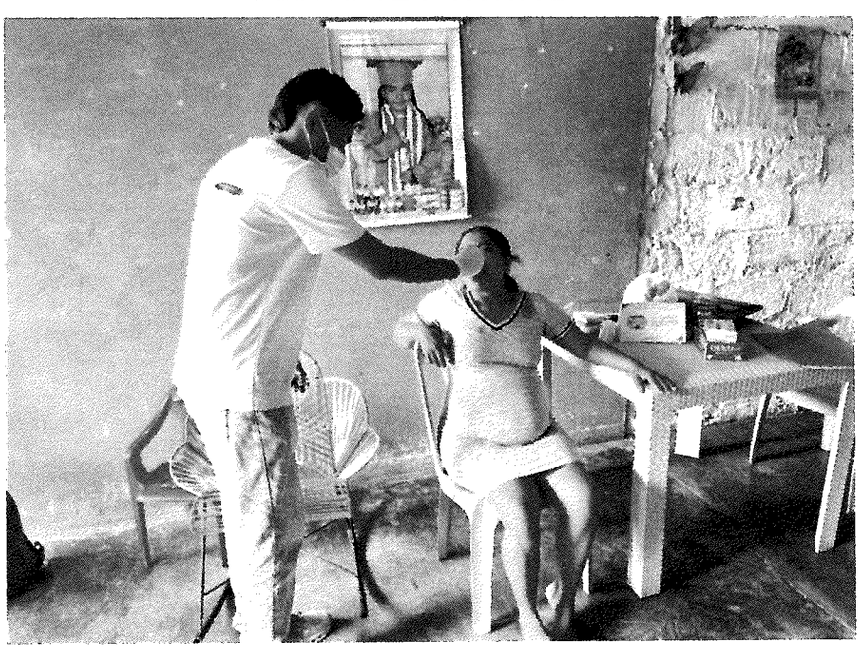
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	8 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	MARGARITA MARIA HERNANDEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 7 VISITA 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

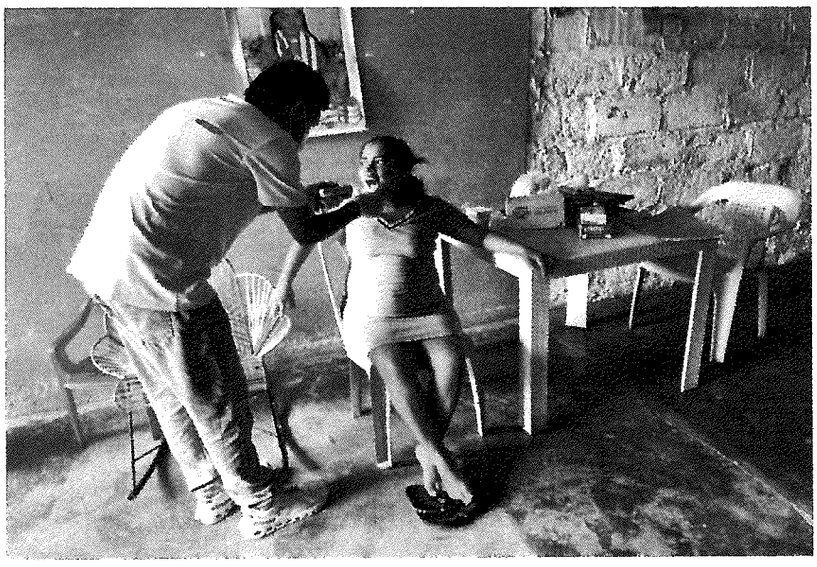
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	8 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	MARGARITA MARIA HERNANDEZ

GESTANTE 2 VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 7 VISITA 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

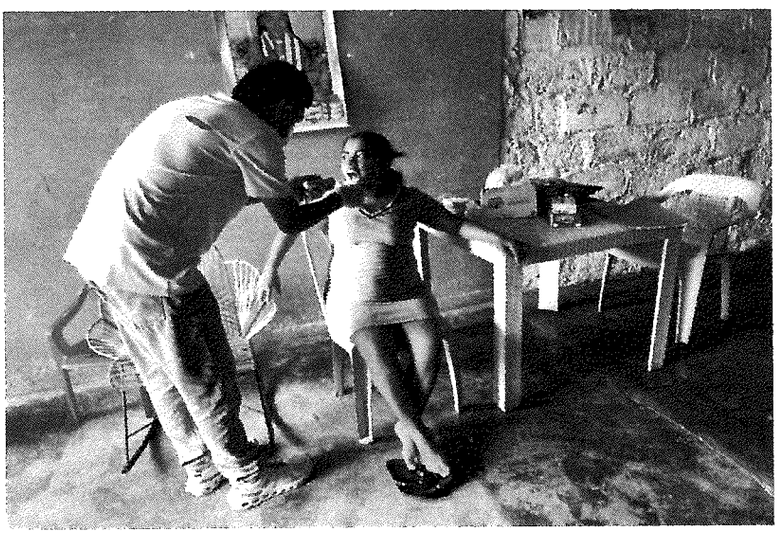
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	8 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	MARGARITA MARIA HERNANDEZ

GESTANTE 2 VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 7 VISITA 2



pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 9-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandy de la vega hernandez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1148142539
c) Edad: 29 años
d) Dirección de residencia: B/ Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3216359242
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ____
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 0 Perdidos 6 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 6,66 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes apartir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas de Cepillado
□ Frecuencia de cepillado

- Compromisos de la gestante:

Uso diario de seda y enjuague bucal, cepillado 3 veces al dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Ignacio Espinosa Firma: Ignacio J Espinosa

Firma de la gestante: Sandy de la Vega H

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

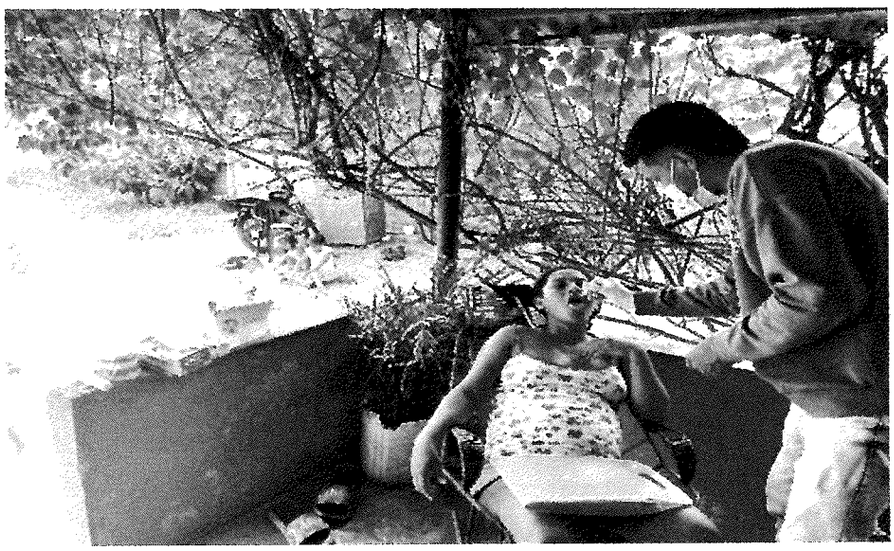
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Barrio la Esmeralda
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	SANDY KARINA DE LA VEGA HERNANDEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 8 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

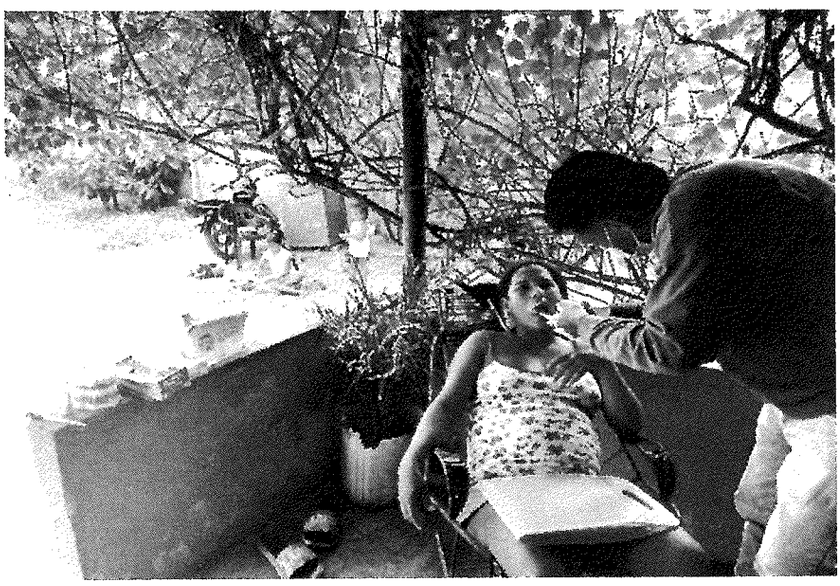
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Barrio la Esmeralda
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	SANDY KARINA DE LA VEGA HERNANDEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 8 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 2



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/07/25 Municipio: Cor. alta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandy Karina de la Vega Hernandez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1148142537
c) Edad: 24 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3116558697
f) EPS: Coosalud

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 30.3
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 25/03/25 - 24/04/25 - 22/05/25 - 23/06/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110/80 mmHg		o FC: 80 lpm	
o	Temperatura: ____ °C		o FR: 20 lpm	
o	AU: 32 cm	Peso: 62 kg	Talla: 162 cm	IMC: 23

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
		✓	✓	✓
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
		✓	✓	✓

Clasificación del Riesgo obstétrico: BAJO

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: (X) Bueno □ Regular □ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete a seguir Control Prenatal
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de tener un buen control Prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 4 Perdidos 1 Sanos 21
- Recuento de placa bacteriana: 19.6 %
- Estado de higiene oral: (X) Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí (X) No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de Cepillado
  - □ Dieta Saludable
- Compromisos de la gestante: Cepillado 3 veces al dia, Visitar frecuentemente al odontologo

Nombre médico: Brayan Alcina Firma: Brayan Alcina

Nombre odontólogo: Horacio E Firma: Horacio E.

Firma de la gestante: Sandy de la Vega

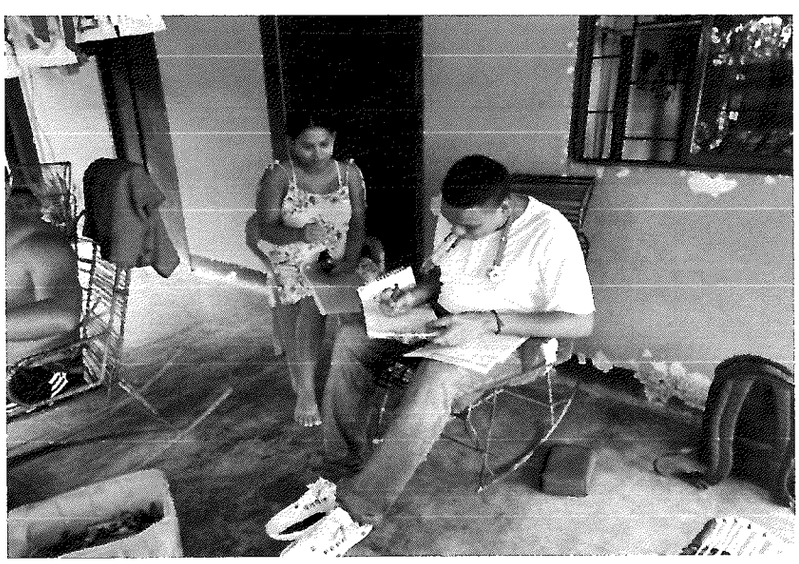
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

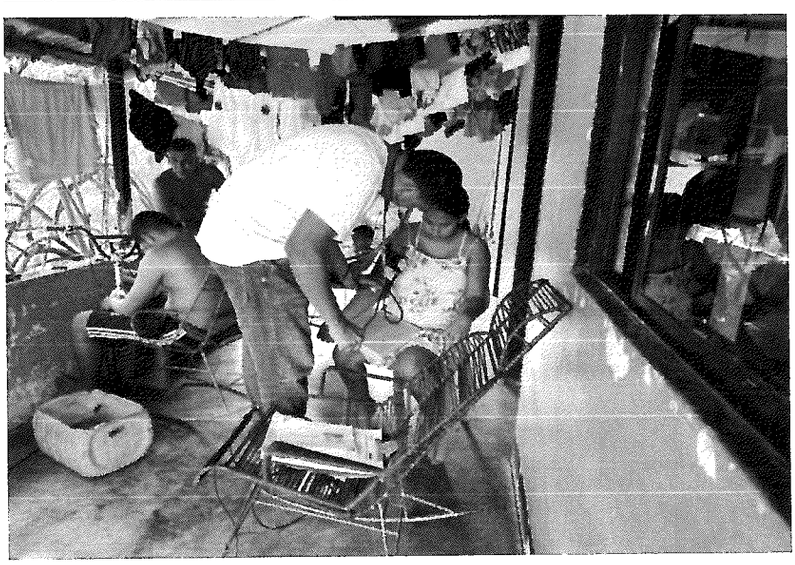
HOSPITAL SAN JOSÉ	INFORME DE EJECUCION PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud CÓRDOBA

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	SANDY KARINA DE LA VEGA HERNANDEZ

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 8- VISITA NUMERO 1





pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL CORDOBA

HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 4-07-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandy de la vega hernandez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1148142539
c) Edad: 29 años
d) Dirección de residencia: B/ Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3216359242
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 0 Perdidos 6 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 333 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas de cepillado
□ Frecuencia de cepillado

- Compromisos de la gestante:

Cepillado 3 veces al dia, uso hilo de seda y enjuague bucal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Henelis Espinosa Firma: Henelis J Espinosa

Firma de la gestante: Sandy de la Vega H

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

124

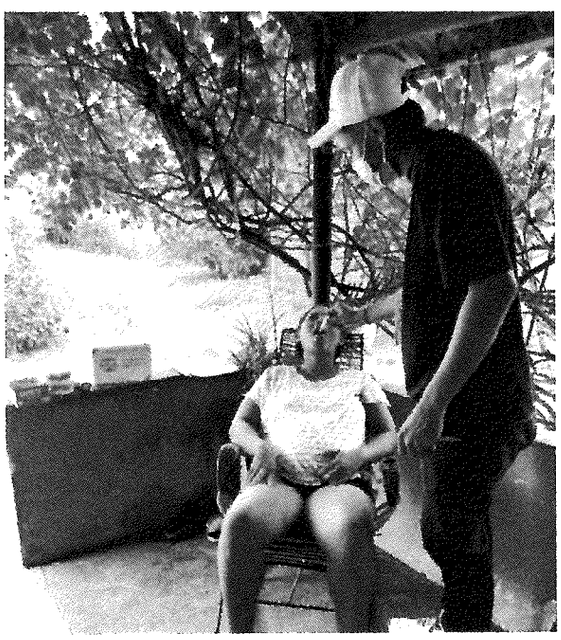
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	01 JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	SANDY KARINA DE LA VEGA HERNANDEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE : 8- VISITA : 2



pic

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/07/25 Municipio: Fiorralto Número de visita: (2)

1 INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandy Karina de la Vega Hernandez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: _____
c) Edad: 29 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3116584697
f) EPS: Nueva Ser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 35.2
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 19/08/25 - 16/04/25 - 15/05/25 - 17/06/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 110/80 mmHg			o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o AU: 32 cm	Peso: 63 kg	Talla: 162 cm		IMC: 24

o FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta	
	X	X	X	
o CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio	
	X	X	X	

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- Estado general: X Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete a seguir los Controles prenatales y asistir a seguir Cita con el Ginecologo
- EDUCACION BRINDADA: la importancia de la Valoracion por especialista Ginecologia

3. VALORACIÓN ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 4 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 22
- Recuento de placa bacteriana: 16 %
- Estado de higiene oral: X Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí X No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - ☐ Tecnicas de Cepillado
  - ☐ Frecuencias de cepillado.
- Compromisos de la gestante:

Cepillado 3 veces al Dia
Visitar frecuentemente al odontologo

Nombre médico: Brayan Florez Firma: Brayan Florez

Nombre odontólogo: Horacio E. Firma: Horacio E.

Firma de la gestante: Sandy de la Vega

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

INFORME DE EJECUCION

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	09-JULIO-2025
Personas Intervenidas:	SANDY KARINA DE LA VEGA HERNANDEZ

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 8- VISITA NUMERO 2





pic — Ficha de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba | Hospital San José [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 9-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yeneis Barona Barbosa Corrales
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068819051
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: B/ esmeralda zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 312589018
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ____
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 5 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 17,96 %
- Estado de higiene oral: □ Buena ☒ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes apartir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas de cepillado
□ Frecuencia de Cepillado

- Compromisos de la gestante:

Uso Diario de Seda y enjuague Bucal
Cepillado 3 veces al Dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Yeneis Babilonia

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

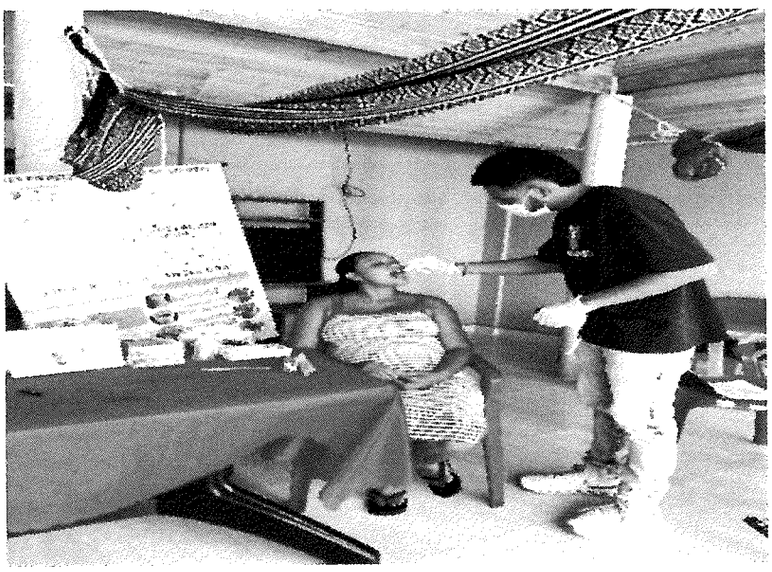
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Barrio la Esmeralda
Fecha:	09 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	YENEIS CAROLINA BABILONIA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 9 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

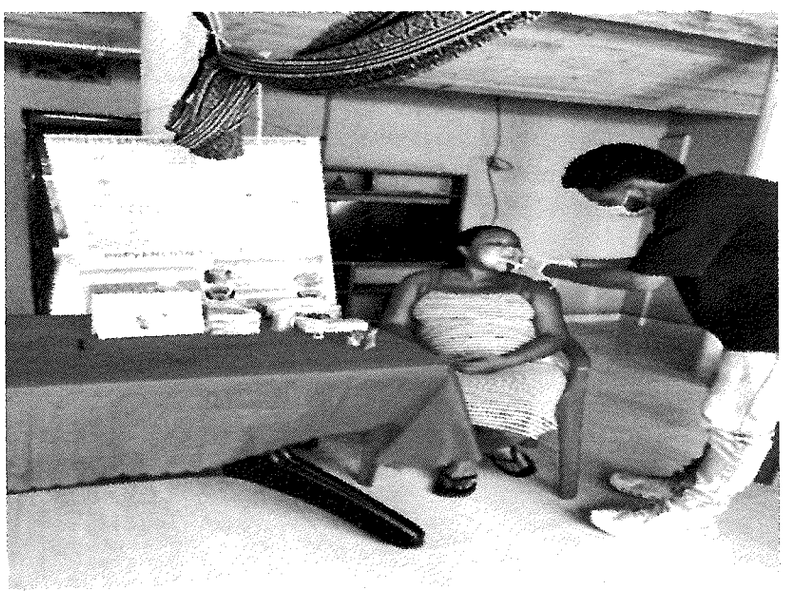
EJE: ATENCIÓN PRIMARIA

Lugar:	Barrio la Esmeralda
Fecha:	09 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	YENEIS CAROLINA BABILONIA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 9 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Barrio la Esmeralda
Fecha:	09 JUNIO 2025
Personas intervenidas:	YENEIS CAROLINA BABILONIA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 9 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 3



[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/06/25 Municipio. Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yeneis Karina Babilonia C.
b) Tipo documento ID: C C Número documento identidad: 1068819051
c) Edad: 3 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3125890418
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 26
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 25/03/25-24/04/25-22/05/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 100/70 mmHg			o FC: 79 lpm	
o Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o AU: 26 cm	Peso: 60 kg	Talla: 160 cm		IMC:

o FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta	
	X	X		
o CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio	
	X	X	X	

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
- Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
  ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Se compromete a Colocarse la Vacuna Dpta
- EDUCACION BRINDADA La importancia de colocarse las Vacunas

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados ___ Obturados ___ Perdidos ___ Sanos ___
- Recuento de placa bacteriana: ___%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): ___
- Educación en salud oral brindada:

□ ___

□

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: ___ Firma: ___

Firma de la gestante: Yeneis Babilonia

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

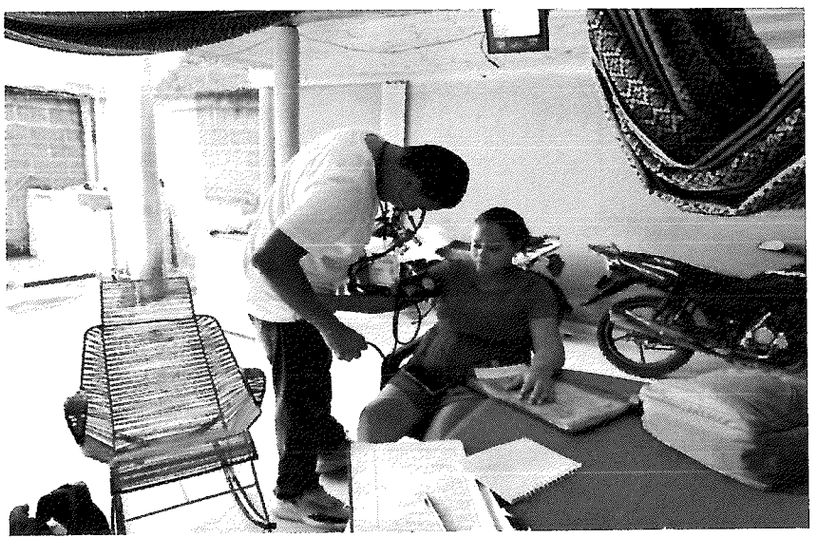
EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	09-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	YENEIS KARINA BABILONIA CORRALES

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 9- VISITA NUMERO 1





FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 7-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2.)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yeneis Babilonia Corrales
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068814050
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: B/esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: B/3584018
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ____

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 5 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 1,5 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado
  - □ Freccencia de cepillado
- Compromisos de la gestante:

Uso Diario Seda y enjuague Bucal, Cepillado 3 veces al Dia.

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Hector Espinosa Firma: Hector Espinosa

Firma de la gestante: Yeneis Babilonia

134

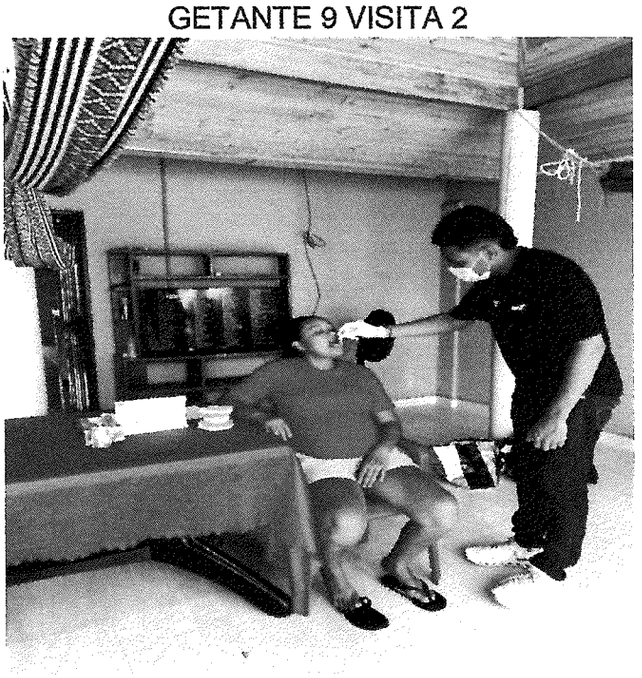
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	7 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	YENEIS CAROLINA BABILONIA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GETANTE 9 VISITA 2



Ypic | Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1ª)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cheilis Araujo Vega
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073970368
c) Edad: 21 años
d) Dirección de residencia: B/ Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3205350403
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 17,85 %
- Estado de higiene oral: □ Buena ☒ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas de cepillado
□ Frecuencia de cepillado

- Compromisos de la gestante:

Uso Diario de seda y enjuague Bucal
Cepillado 3 veces al dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclo Espinosa Firma: Heraclo J Espinosa

Firma de la gestante: Cheilys Araujo

136

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	11 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	CHEILIS ARAUJO VEGA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 10 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

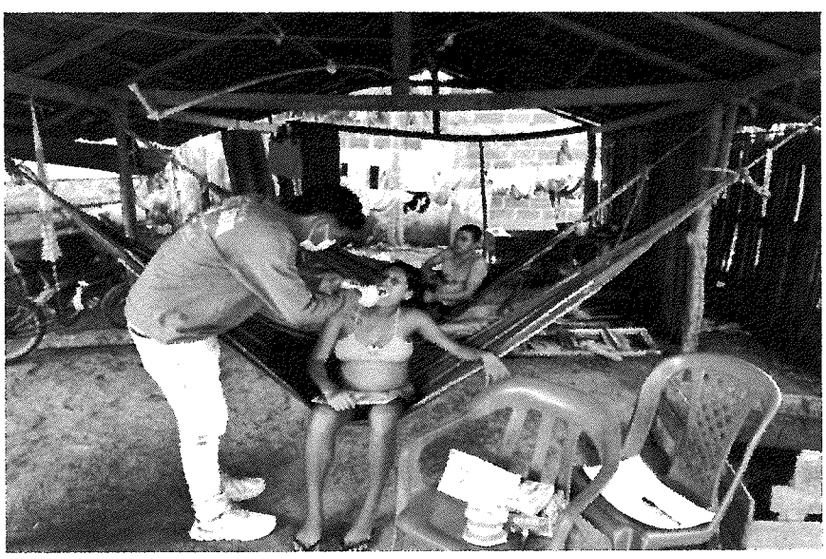
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	11 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	CHEILIS ARAUJO VEGA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 10 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 2



[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/06/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cheilys Araujo Vega
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073970368
c) Edad: 21 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3136263718
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 30
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 12/02/25 - 14/03/25 - 15/04/25 - 16/05/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 120/70 mmHg		o FC: 70 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 30 cm	Peso: 66 kg	Talla: 162 cm	IMC: 25

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	A	A	X
	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
o		✓	X	X

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: (X) Bueno □ Regular □ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la cita con Ginecologia
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de tener un buen control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____
□

- Compromisos de la gestante:

_____

Nombre médico: Brayan Munoz Firma: Brayan Muñoz

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Cheilys Araujo

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

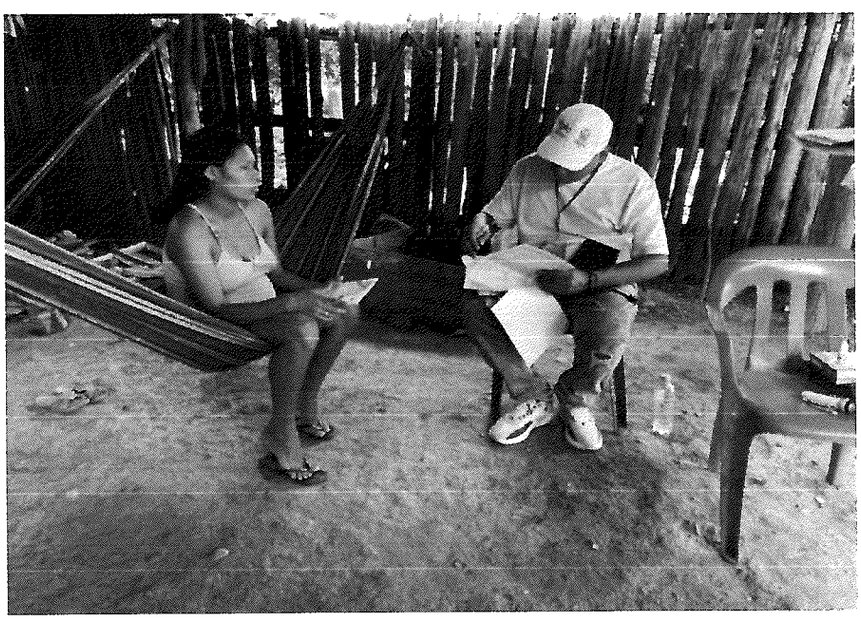
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

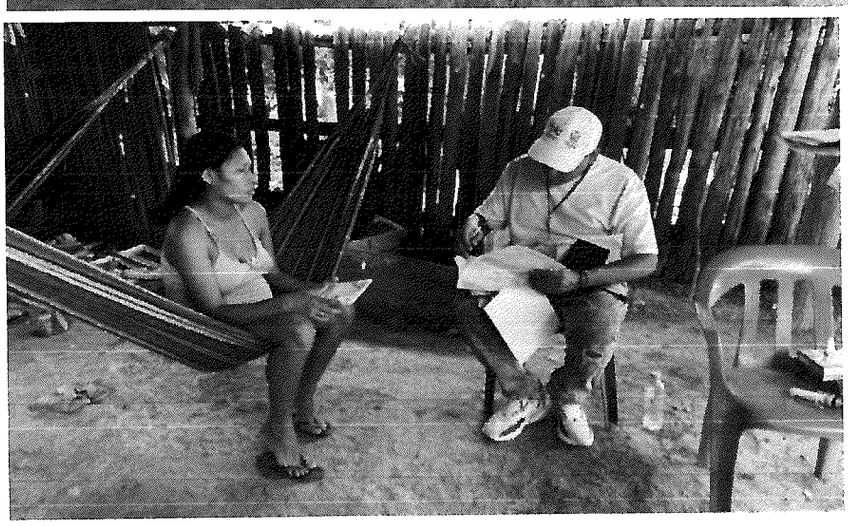
EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	11-JUNIO-2025
Personas Intervenidas:	CHEILIS ARAUJO VEGA

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 10-VISITA NUMERO 1





FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 1-07-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cheilys Araujo Vega
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073973068
c) Edad: 21 años
d) Dirección de residencia: B/ Esmeralda. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3205350403
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___ ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 8,03 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado
  - □ Frecuencia de Cepillado
- Compromisos de la gestante:

Uso Diario de seda y enjuague bucal
Cepillado 3 veces al Dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraldo Espinosa Firma: Heraldo E. Espinosa

Firma de la gestante: Cheilys Araujo

141

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

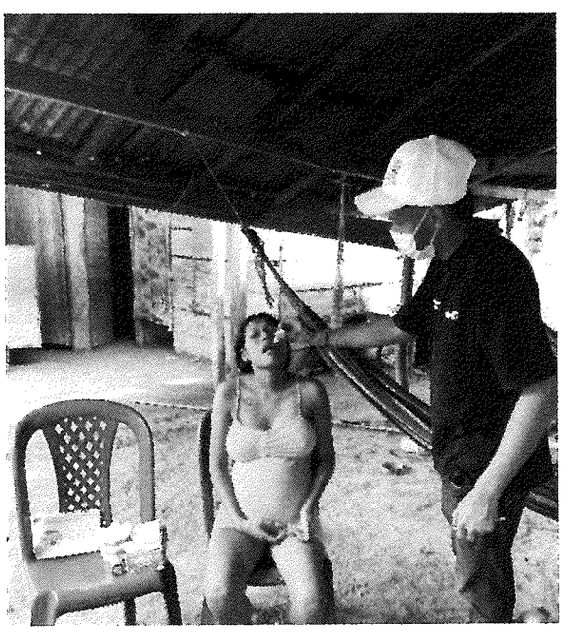
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	01 JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	CHEILIS ARAUJO VEGA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE : 10- VISITA :2



pic

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/07/25 Municipio: Tenerife Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cherlis Araujo Vega
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1273970368
c) Edad: 21 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3136265718
f) EPS: MAGNA EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 34.5
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 12/06/25 - 14/03/25 - 15/04/25 - 16/05/25
- Signos vitales: 7/10/625

o	Presión arterial: 120 / 80 mmHg			o FC: 80 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 20 lpm	
o	AU: 32 cm	Peso: 67 kg	Talla: 162 cm		IMC: 25

o

o	FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
		X	X	X
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
		X	X	X

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: (X) Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: se compromete asistir al siguiente control prenatal
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de tener un buen control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

_____

Nombre médico: Brayan Mateo Firma: Brayan Mateo

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Cherlis Araujo

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (X) (NO) sin compromisos anteriores ( )

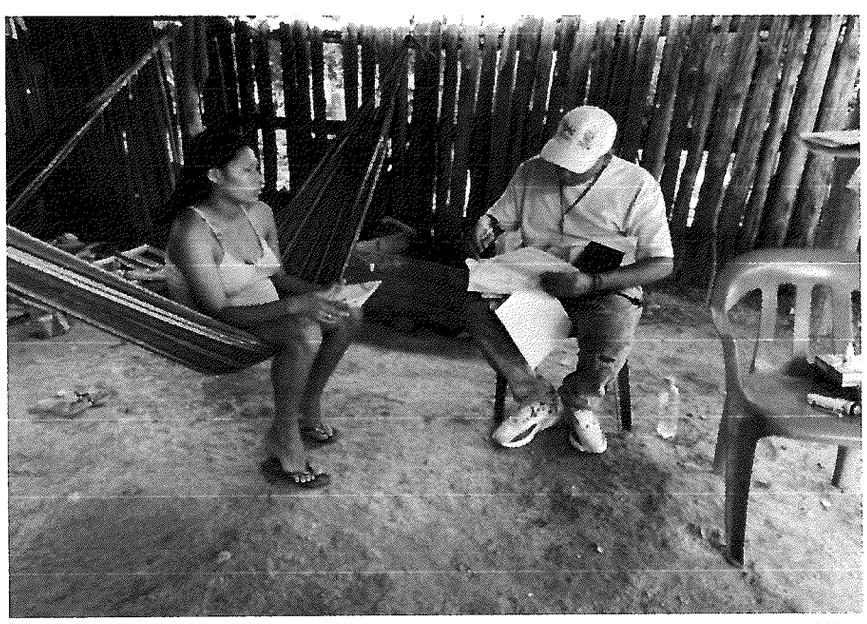
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

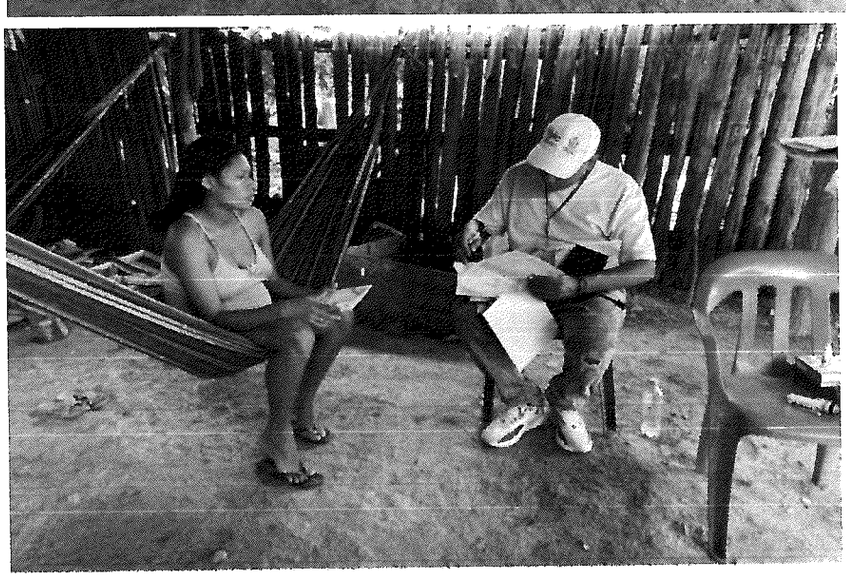
EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	11-JULIO-2025
Personas Intervenidas:	CHEILIS ARAUJO VEGA

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 10-VISITA NUMERO 2





pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DEL CÓRDOBA

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cristina Vanessa Tapia Herrera
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073973501
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: BJ - Diamante. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3117753593
f) EPS: M- EPS -

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 25,83 %
- Estado de higiene oral: □ Buena ☒ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☒ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnica de cepillado
□ Frecuencia de cepillado.

- Compromisos de la gestante:

Uso diario de seda y enjuage Bocal
Cepillado 3 veces al dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclo Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Cristina Tapia

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

146

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	11 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	CRISTINA VANESA TAPIA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 11 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	11 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	CRISTINA VANESA TAPIA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 11 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 2



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 19/06/25 Municipio: Tierralta Número de visita: 1

1 INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cristina Tapia Herrera
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073973501
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3137321980
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 30
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 10/03/25-11/04/25-14/05/25
- Signos vitales:

Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 70 lpm	
Temperatura: 36 C		o FR: 20 lpm	
AU: 30 cm	Peso: 64 kg	Talla: 165 cm	IMC: 23

FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
	∝	x	∝
CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
	∝	∝	∝

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- Estado general: ~~X~~ Bueno □ Regular □ Malo
- Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ∝

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la cita con Ginecologa
- EDUCACION BRINDADA: Se importancia de tener un buen control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Cristina Tapia

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

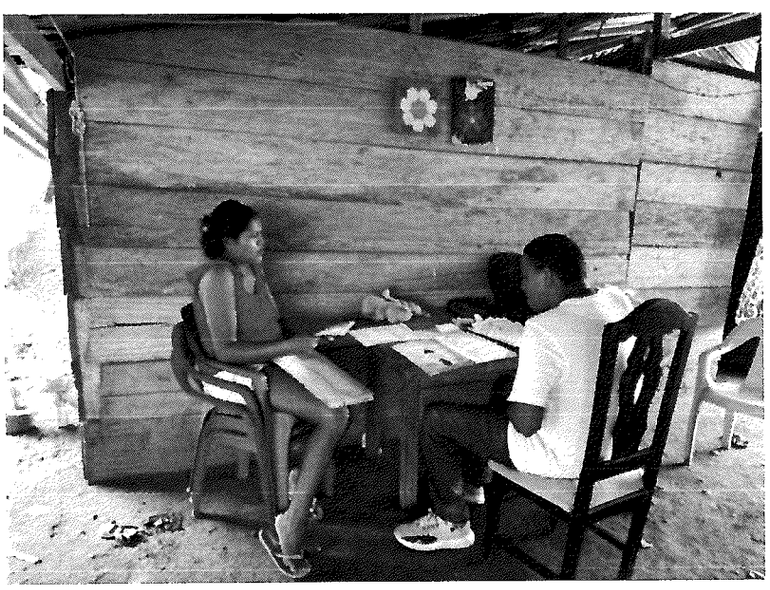
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

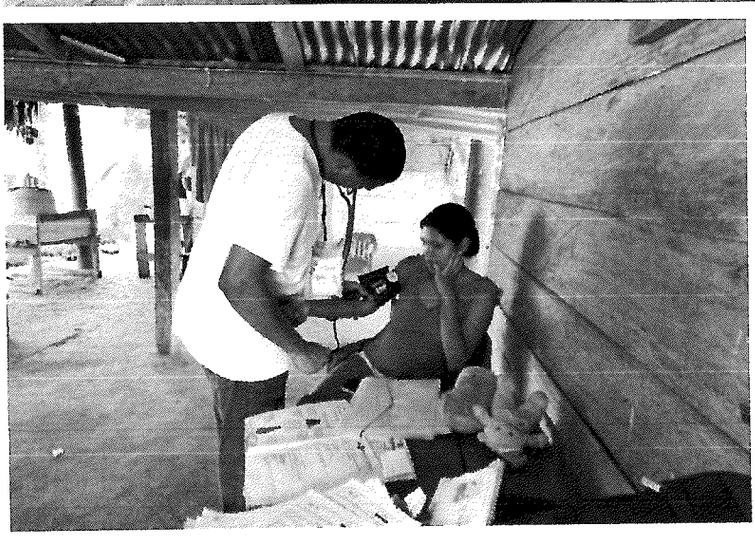
EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	11-JUNIO -2025
Personas Intervenidas:	CRISTINA VANESA TAPIA HERRERA

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 11 - VISITA NUMERO 1





pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 7-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cristina Vanessa Tapia Herera
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073493501
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: B/ Diamante. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3117335593
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: ____ / ____ mmHg		o FC: ____ lpm	
o	Temperatura: ____ °C		o FR: ____ lpm	
o	AU: ____ cm	Peso: ____ kg	Talla: ____ cm	IMC: ____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___ ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 12,5 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado
  - □ Frecuencia de cepillado
- Compromisos de la gestante: Uso Diario de Seda y enjuague Bucal, Cepillado 3 veces al Dia.

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclo Espinosa Firma: Heraclo Y. Espinosa

Firma de la gestante: Cristina Tapia

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

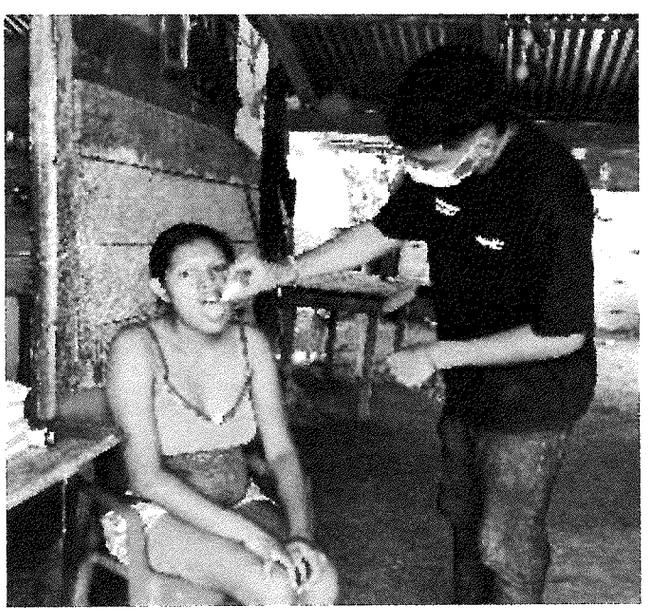
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	7 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	CRISTINA VANESA TAPIA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE: 11- VISITA : 2



pic

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/07/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cristina Tapia Herrera
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073973501
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3137321980
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 34.6
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 10/03/25 - 11/04/25 - 14/05/25 - 16/06/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 120/80 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 32 cm	Peso: 67 kg	Talla: 165 cm	IMC: 24

	TD	Influenza	Dpta
o FECHAS VACUNAS	X	✓	X

	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
o CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	O	X	X

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir al Siguiente Control prenatal.
- EDUCACION BRINDADA: Control la importancia de tener un buen Control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____
☐

- Compromisos de la gestante:

_____

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Cristina Tapia

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (X) (NO) sin compromisos anteriores ( )

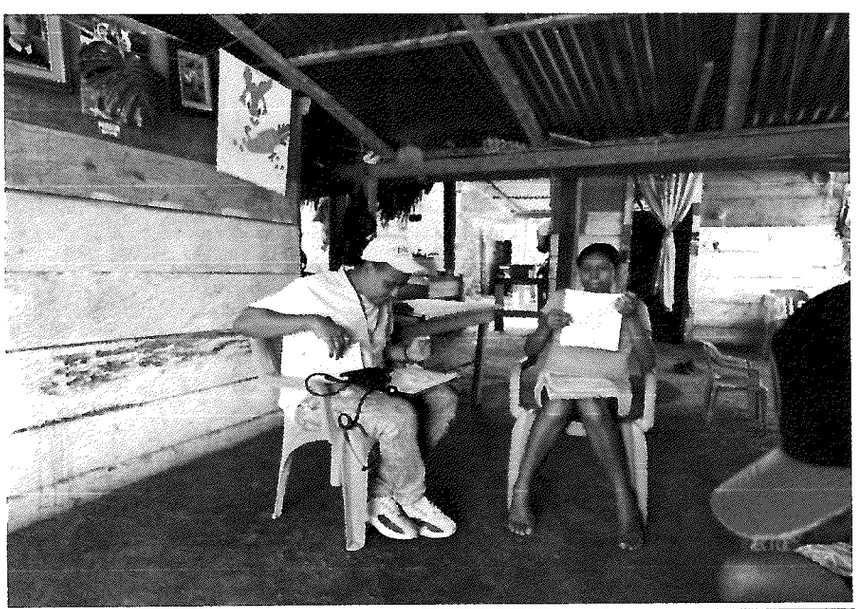
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

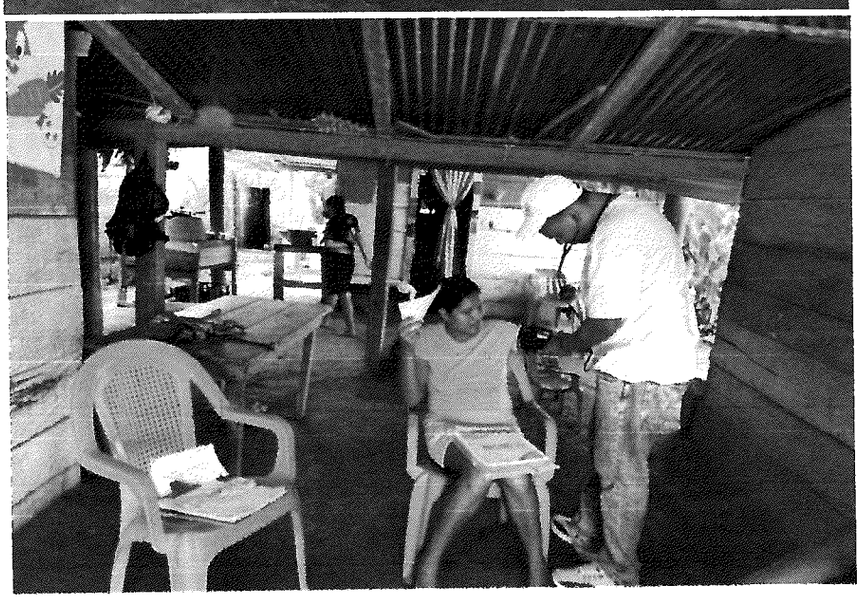
EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	11-JULIO -2025
Personas Intervenidas:	CRISTINA VANESA TAPIA HERRERA

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 11 - VISITA NUMERO 2





pic | Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 16-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Nubia Esther Guevara muñoz
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1014179564
c) Edad: 39 años
d) Dirección de residencia: B/ Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3106253825
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 3,33 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes de evolucion.
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas de Cepillado
□ Frecuencias de Cepillado

- Compromisos de la gestante:

Uso Diario de seda y enjuague bucal, Cepillado 3 veces al dia.

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinoza Firma: Heraclio J. Espinoza

Firma de la gestante: Nubia Guevara

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

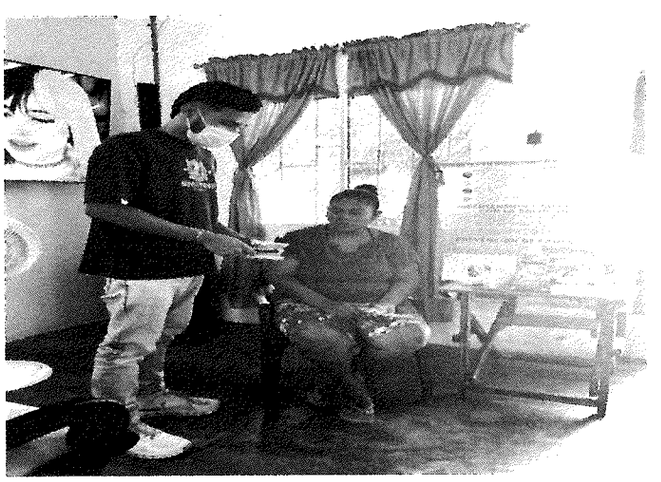
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	16 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	NUBIA ESTHER GUEVARA NUÑEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 12 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 1



pic

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 16/06/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Nubia Ester Guevara Nuñez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1014179564
c) Edad: 29 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3106213825
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 31
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 10/02/25 - 11/03/25 - 15/04/25 - 16/05/25
- Signos vitales:

Presión arterial: 120/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
AU: 34 cm	Peso: 69 kg	Talla: 164 cm	IMC:

FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
	X	X	X
CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
	X	X	X

Clasificación del Riesgo obstétrico: INTERMEDIO

- Evaluación general de la gestante:
- Estado general: X Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la cita con Ginecologia
- EDUCACION BRINDADA

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: ____ %
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____
☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: [signature]

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

HOSPITAL SAN JOSE

INFORME DE EJECUCION

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025

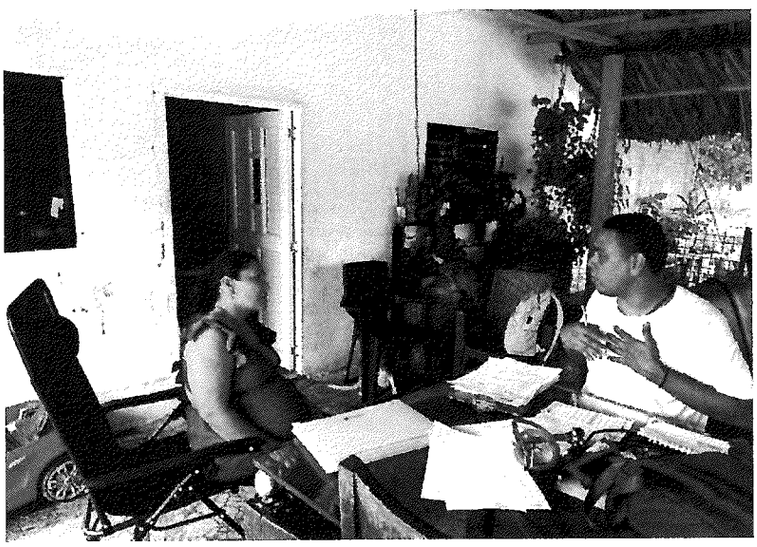
pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN CÓRDOBA

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	16-JUNIO -2025
Personas Intervenidas:	NUBIA ESTHER GUEVARA NUÑEZ

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 12 - VISITA NUMERO 1





vpic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba

HOSPITAL SAN JOSE [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 8-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Nubia ester Guevara Muñoz
b) Tipo documento ID: cc Número documento identidad: 1014179564
c) Edad: 39 años
d) Dirección de residencia: B/ Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3106213825
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg			o FC: _____ lpm
o	Temperatura: _____ °C			o FR: _____ lpm
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 3,33 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes de evolucion.
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas de Cepillado
□ Frecuencia de Cepillado

- Compromisos de la gestante:

Uso Diario de seda y enjuague Bucal, Cepillado 3 veces al dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinoza Firma: Heraclio J Espinoza

Firma de la gestante: Nubia Guevara

159

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	8 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	NUBIA ESTHER GUEVARA NUÑEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE : 12- VISITA :2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	8 DE JULIO -2025
Personas Intervenidas:	NUBIA ESTHER GUEVARA NUÑEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE: 12- VISITA : 2



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 17-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Milvia Gery Domico Domico
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 32357887
c) Edad: 40 años
d) Dirección de residencia: B/ esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3235460957
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____/_____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 8 Perdidos 1 Sanos 22
- Recuento de placa bacteriana: 14,16 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de Cepillado
  - □ Frecuencias de Cepillado
- Compromisos de la gestante:

Cepillado 3 veces al Dia, Uso Diario de Seda y enjuague Bucal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclo Espinoza Firma: Heraclo J Espinoza

Firma de la gestante: _____

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	17 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	MARIA YENIS DOMICO DOMICO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 13 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

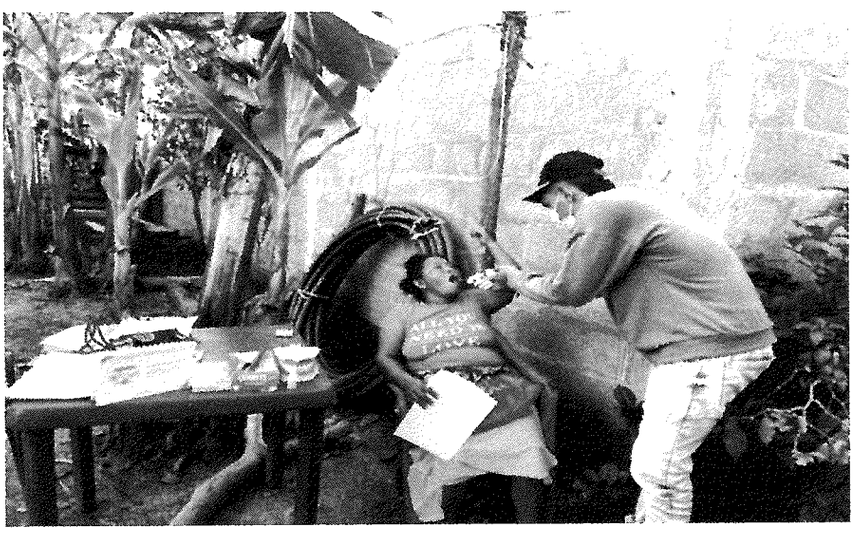
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	17 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	MARIA YENIS DOMICO DOMICO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 13 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 2



pic

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 17/06/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Maria Cruz Domico Domico
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 32357887
c) Edad: 40 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3205052503
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 19
- Número de controles prenatales: 2
- Fecha de controles prentales: 16/04/25 - 19/05/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 120/70 mmHg			o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C			o FR: 20 lpm	
o AU: 18 cm	Peso: 60 kg	Talla: 158 cm		IMC:

o FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta	
	X	X		
o CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio	
	X	X	X	

Clasificación del Riesgo obstétrico: INTERMEDIO

- Evaluación general de la gestante:
- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a los controles prenatales
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de asistir los controles prenatales

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados ____ Obturados ____ Perdidos ____ Sanos ____
- Recuento de placa bacteriana: ____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): ____
- Educación en salud oral brindada:

☐ ____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: ____

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

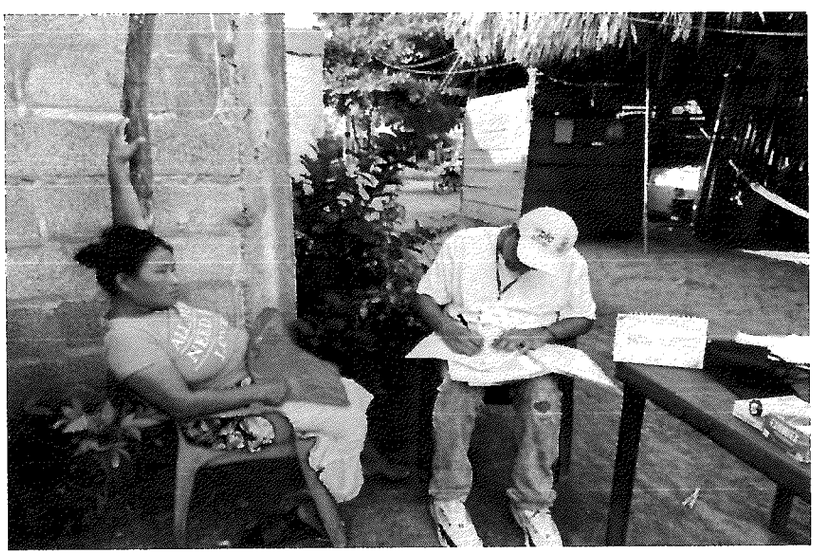
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	17-JUNIO -2025
Personas Intervenidas:	MARIA DOMICO DOMICO

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 13 - VISITA NUMERO 1





pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 01-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Maria Gery Domico Domico
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 32357387
c) Edad: 40 años
d) Dirección de residencia: B/ esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3235460457
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS			

		Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES			

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 8 Perdidos 1 Sanos 22
- Recuento de placa bacteriana: 9,16 %
- Estado de higiene oral: [X] Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí [X] No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas de cepillado
□ Frecuencia de Cepillado

- Compromisos de la gestante:

Cepillado 3 veces al Dia, uso diario de Seda y enjuague Bucal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraldo Espinas Firma: Heraldo J Espinas

Firma de la gestante: _____

767

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	1 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	MARIA YENY DOMICO DOMICO

GESTANTE 13 VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.



pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba | Hospital San José [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 16-06-25 2:13 Municipio: Tierralta Número de visita: 1)

1. Información General

a) Nombre de la gestante: Carolina Pineda Chaves
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1192925985
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: B/la esmeralda zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3244903793
f) EPS: Mutualser

2. Valoración Médica Domiciliaria

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fechas de controles prenatales: _____
- Signos vitales:

o Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o
o
o

o	Fechas vacunas	TD	Influenza	Dpta
o	Consumo de micronutrientes	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- Compromisos de la gestante:
- Educación brindada:

3. Valoración Odontológica Domiciliaria

- COP: Cariados 0 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 16,96 %
- Estado de higiene oral: □ Buena X Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí X No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes apartir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas cepillado
□ Frecuencias del cepillado
□ Uso seda dental
□ Dieta saludable

- Compromisos de la gestante:

Uso diario Seda y enjuague Bucal, Cepillado 3 veces al Dia, Visitar al odontologo Regularmente

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heracio Espinosa Firma: Heracio T Espinosa

Firma de la gestante: Lz Carolina Pineda.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (A)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	16 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	LIZ CAROLINA PINEDA CHANCI

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 14 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	16 JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	LIZ CAROLINA PINEDA CHANCI

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 14 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 2



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 17/06/25 Municipio: TIERRALTA Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Liz Carolina Pineda Chaw.
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1192925985
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: B/ DIAMANTE zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3244905793
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 33
- Número de controles prenatales: 6
- Fecha de controles prentales: 16/05/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110 / 70 mmHg		o FC: 85 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 19 lpm	
o	AU: 30 cm	Peso: 64 kg	Talla: 160 cm	IMC:

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
		A	✗	✗
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
		✗	✗	✗

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Se compromete asitir a la Cita con Ginecologia
- EDUCACION BRINDADA

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____
☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Olaya Firma: Brayan Olaya

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Liz Carolina Pineda

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

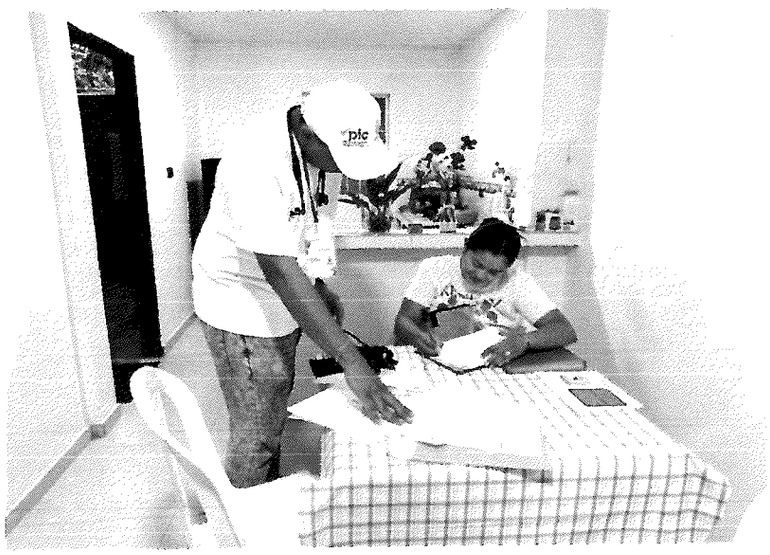
EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	17-JUNIO -2025
Personas Intervenidas:	LIZ CAROLINA PINEDA CHANCI

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 14 - VISITA NUMERO 1





FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 7-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Carolina Pineda Chaaci
b) Tipo documento ID: cc Número documento identidad: 1792425485
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: B/ la esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3244403743
f) EPS: Mutualser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 12,1 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de Cepillado
  - □ Frecuencias de Cepillado
- Compromisos de la gestante:

Cepillado 3 veces al dia, Uso Diario de Seda y enjuague Bucal

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinoza Firma: Heraclio Espinoza

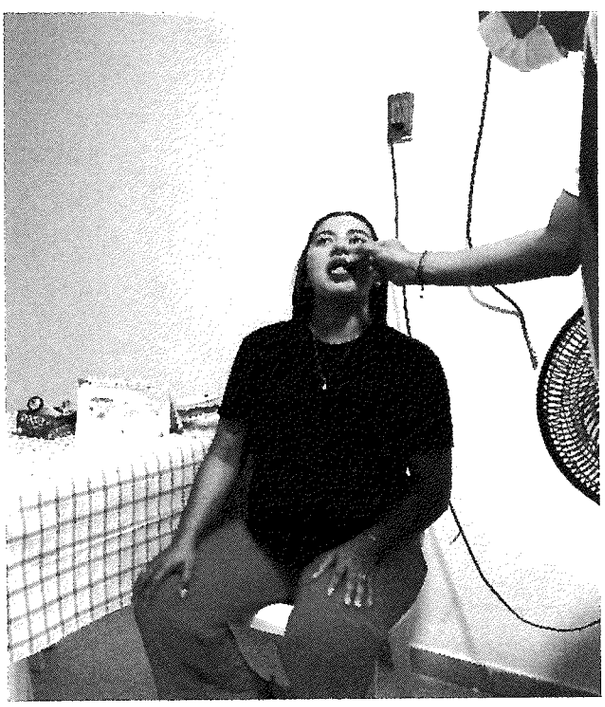
Firma de la gestante: Liz Carolina Pineda

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	7 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	LIZ CAROLINA PINEDA CHANCI

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE : 14- VISITA : 2



pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 16-06-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yesenia Negrete Sierra
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068818039
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: B/ Diamante / zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3113340945
f) EPS: Caja Copi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 6 Perdidos 0 Sanos 29
- Recuento de placa bacteriana: 3,9 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas de cepillado
□ Frecuencia del cepillado

- Compromisos de la gestante:

Uso diario de seda y enjuague bucal
Cepillado 3 veces al dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Yesenia Negrete

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	16 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	YESENIA NEGRETE SIERRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 15 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	16 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	YESENIA NEGRETE SIERRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 15 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 2



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	16 DE JUNIO 2025
Personas Intervenidas:	YESENIA NEGRETE SIERRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE 15 – EVIDENCIA 1 – FOTOGRAFIA 3



pic

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 17/06/25 Municipio: Tierra Alta Número de visita: (1)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yesenia Negrete Sierra
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068818039
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3113340945
f) EPS: CAJACOPI

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 28
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 11/03/25 - 14/04/25 - 15/05/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110 / 70 mmHg			o FC: 80 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 20 lpm	
o	AU: 26 cm	Peso: 70 kg	Talla: 1.70 cm		IMC: 24

o

o	FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
		X	X	X
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
		X	X	X

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: (X) Bueno □ Regular □ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la cita con el ginecologo
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de tener un buen control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

_____

_____

Nombre médico: Brayan Mercado Firma: Brayan Mercado

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Yesenia Negrete

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	17-JUNIO -2025
Personas Intervenidas:	YESENIA NEGRETE SIERRA

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 15 - VISITA NUMERO 1



pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DEL CÓRDOBA

HOSPITAL SAN JOSÉ
[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 1-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yesenia Negrete Sierra
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068818039
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: Bl Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3113340945
f) EPS: Caja Copi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 4 Obturados 6 Perdidos 0 Sanos 24
- Recuento de placa bacteriana: 2,34 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a Partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnica de Cepillado
□ Frecuencia de Cepillado

- Compromisos de la gestante:

Uso diario de seda y enjuague bucal
Cepillado 3 veces al dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Yesenia Negrete

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (U)

102

[redacted]

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	01 JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	YESENIA NEGRETE SIERRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE : 15- VISITA : 2



RURAL

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11-06-25 Municipio: Palmira Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: yuneica herrera Beltran
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1007548579
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: K/Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3126520121
f) EPS: Cajacopi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 4 Perdidos 4 Sanos 24
- Recuento de placa bacteriana: 16,07%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a Partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnica de cepillado, uso dental, visita al odontologo
□

- Compromisos de la gestante:

Coloca en practica lo aprendido. Cumplir Puntual al Control

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinose Firma: Heraclio T Espinosa

Firma de la gestante: yuneica Herrera.

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

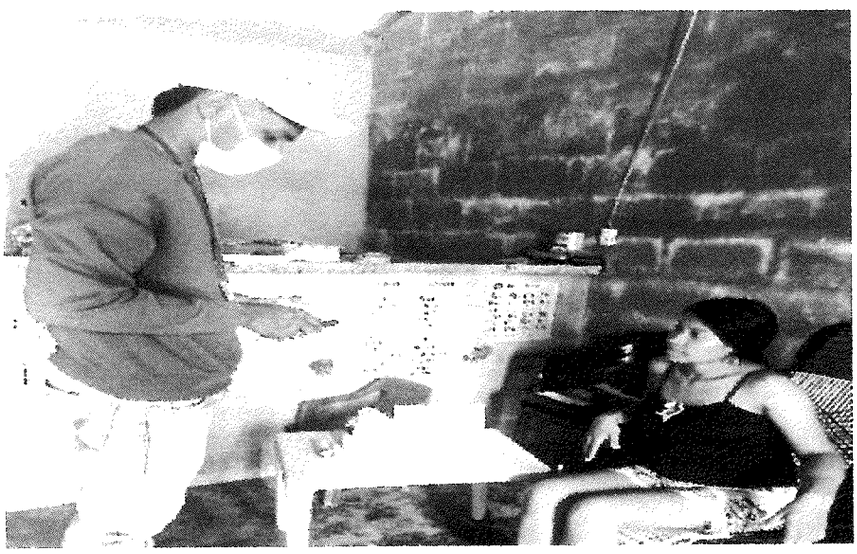
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	VEREDA PALMIRA
Fecha:	11 DE JUNIO DE 2025
Personas Intervenidas:	YUNEICA HERRERA BELTRAN

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 1



[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Vereda Palmira
Fecha:	11 DE JUNIO DE 2025
Personas Intervenidas:	YUNEICA HERRERA BELTRAN

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 1



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/06/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yuneica Herrera Beltran
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1007548579
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: Corregimiento Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3126520127
f) EPS: Cavacopi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 15-5 semanas
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 14/04/25 24/04/25 26/05/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 100 / 60 mmHg		o FC: 87 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: ____ cm	Peso: 49 kg	Talla: 1.59 cm	IMC: 19.4

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
		26/05/25	26/05/25	
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
		Si	Si	Si

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	NO se remite
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: No se deben comprometer
- EDUCACION BRINDADA: Los Beneficios del consumo de los micronutrientes en el embarazo

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados ____ Obturados ____ Perdidos ____ Sanos ____
- Recuento de placa bacteriana: ____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): ____
- Educación en salud oral brindada:

☐ ____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Ruiz Firma: Valentina Ruiz

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: Yuneica Herrera

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (1)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	11-JUNIO-2025 08:00 AM
Personas Intervenidas:	YUNEICA HERRERA BELTRAN

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 1





pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba | Hospital San José [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 02-07-25 Municipio: Palmira Número de visita: (2)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yuneica Herrera Beltran.
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1007548579
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: V/ Palmira zona (U) (X)
e) Teléfono de contacto: 3126526121
f) EPS: CAJACOPI

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 4 Perdidos 4 Sanos 24
- Recuento de placa bacteriana: 10.2 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a Partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza Sobre tecnica, Cepillado, uso de Seda dental

□

- Compromisos de la gestante:

ASISTIR A Controles Asignados. Colocar en Practica lo aprendido

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J. Espinosa.

Firma de la gestante: Yuneica Herrera

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

190

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

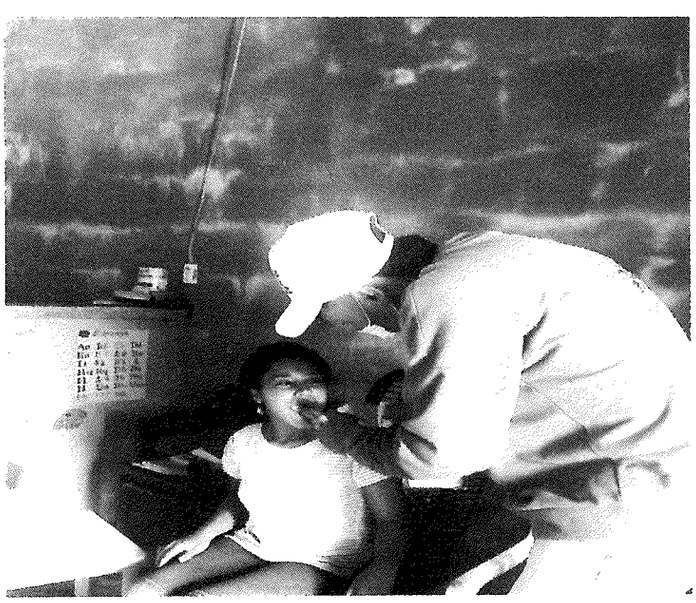
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	VEREDA PALMIRA
Fecha:	02 DE JULIO-2025
Personas Intervenidas:	YENEICA HERRERA BELTAN

VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

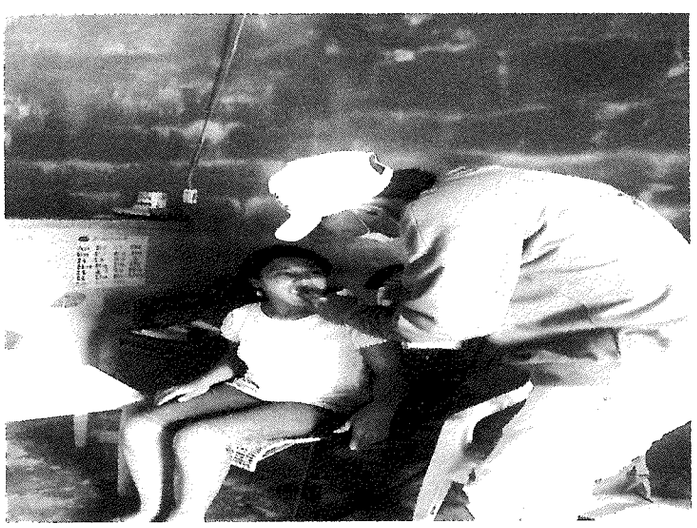
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	VEREDA PALMIRA
Fecha:	02 DE JULIO-2025
Personas Intervenidas:	YENEICA HERRERA BELTAN

VISITA 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/07/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yuneica Herrera Beltran
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1007548579
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: corregimiento Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3126520121
f) EPS: caja COP:

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 20 semanas
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 14/04/25 24/04/25 26/05/25 26/06/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 100 / 60 mmHg		o FC: 90 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 21 cm	Peso: 49 kg	Talla: 1.59 cm	IMC: 19.4

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
		03/06/25	03/06/25	
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
		Si	Si	Si

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: ■ Bueno □ Regular □ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	NO Amerita Remisión
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE NO se deja corro mi sos con la gestante
- EDUCACION BRINDADA seguir asistiendo a los controles

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Ruiz P Firma:

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: yuneica Herrera

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

SEGUNDA VISITA

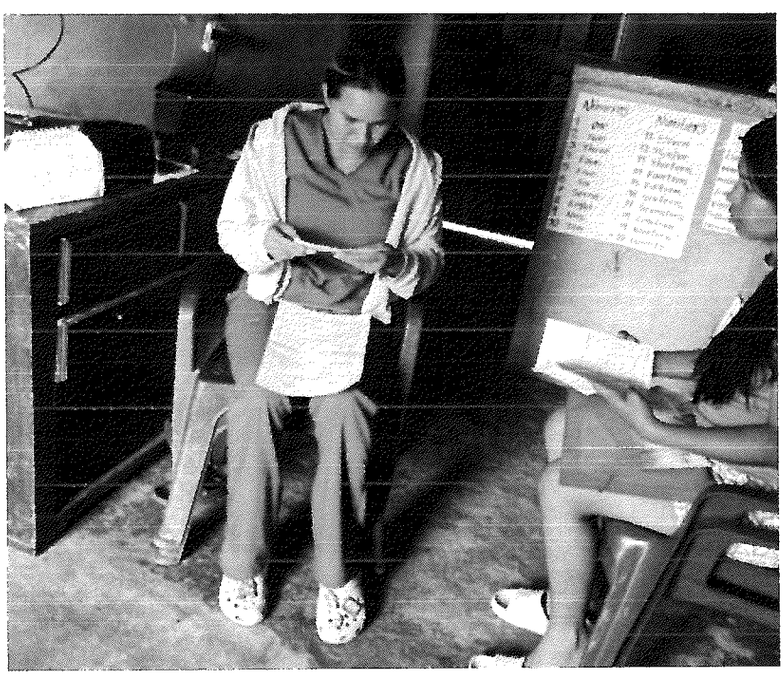
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	11-JULIO -2025 8:00 AM
Personas Intervenidas:	YUNEICA HERRERA BELTRAN

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 2



pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Observatorio de Córdoba | Hospital San José [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE, MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11-06-25 Municipio: Tierralta_ Valmira Número de visita: (1)

1. Información General

a) Nombre de la gestante: Marfelina Ramos Lucas
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1133869046
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: V/ Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3215822539
f) EPS: Nueva EPS

2. Valoración Médica Domiciliaria

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fechas de controles prenatales: _____
- Signos vitales:

Presión arterial: ____/____ mmHg		o FC: ____ lpm	
Temperatura: ____ °C		o FR: ____ lpm	
AU: ____ cm	Peso: ____ kg	Talla: ____ cm	IMC: ____

o	Fechas vacunas	TD	Influenza	Dpta
o	Consumo de micronutrientes	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?	
Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- Compromisos de la gestante:
- Educación brindada:

3. Valoración Odontológica Domiciliaria

- COP: Cariados 8 Obturados 0 Perdidos 2 Sanos 22
- Recuento de placa bacteriana: 15,83%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: X Sí ■ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 vez a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnica de cepillado.
  - □ Frecuencia de cepillado
  - □ Uso de seda dental.
  - □
- Compromisos de la gestante:

Asistir a control controles asignados

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Marfelina R.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Vereda Palmira
Fecha:	11 DE JUNIO DE 2025
Personas Intervenidas:	MARFELINA DEL CARMEN ROMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 2- VISITA NUMERO 1



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	VEREDA PALMIRA
Fecha:	11 DE JUNIO DE 2025
Personas intervenidas:	MARFELINA DEL CARMEN ROMERO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 2- VISITA NUMERO 1



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/06/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (1)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marfelina Delcarmen Romero Lucas
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1133869046
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Corregimiento Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3215822539
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 29.5 semanas
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 28/01/25 28/02/25 25/03/25 08/05/25 05/06/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110 / 66 mmHg		o FC: 86 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 29 cm	Peso: 63 kg	Talla: 1.68 cm	IMC: 23.0

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
		28/02/25		08/05/25
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
		SP	SP	SP

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: X Bueno ☐ Regular ☐ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
¿Cuál?

Servicio al que remite:	NO Se Remite
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Se compromete aplicarse la vacuna influenza
- EDUCACION BRINDADA La importancia de las Vacunas Durante la gestacion

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____
☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Rozo P Firma: Valentina R P

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Marfelina romero

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

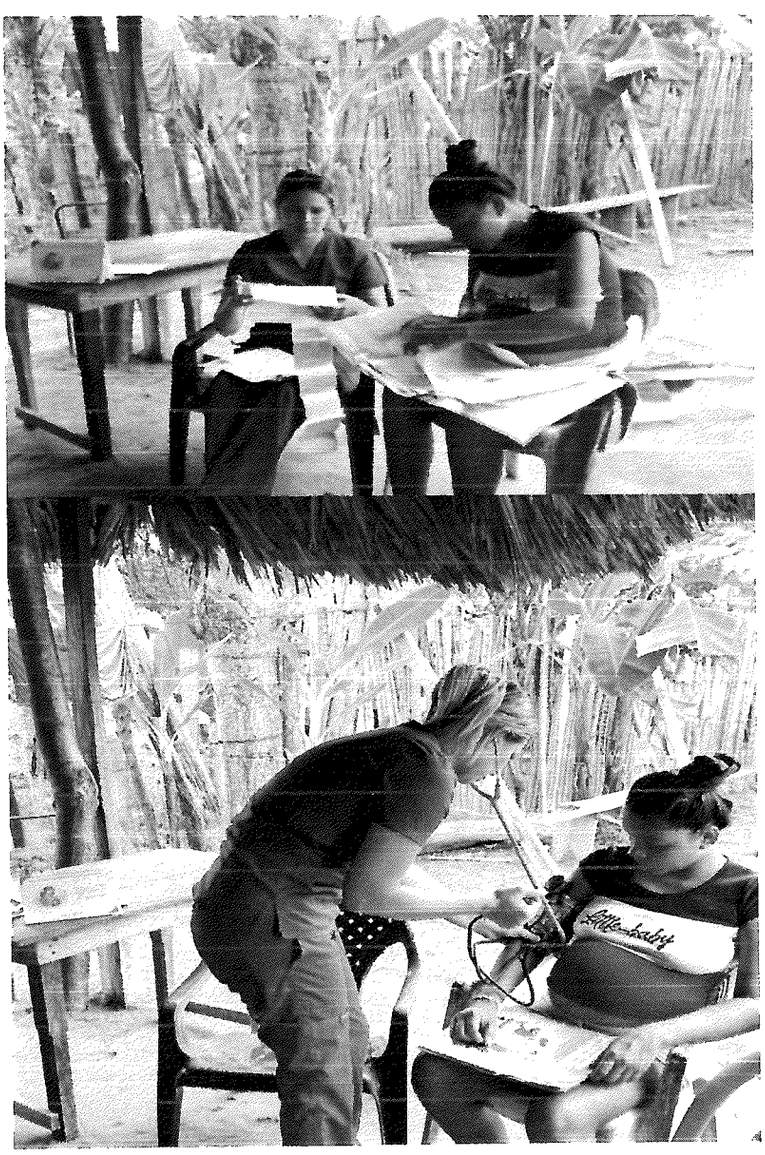
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	11-JUNIO-2025 10:00 AM
Personas Intervenidas:	MARFELINA DEL CARMEN ROMERO LUCAS

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 2 – VISITA 1



pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud
GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

HOSPITAL SAN JOSÉ
[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 2-Julio-2025 Municipio: Tierralta (Palmira) Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marfelina Romero Lucas
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1133869046
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: V / Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3215822539
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 8 Obturados 0 Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: 66 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: X Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes A partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  □ Tecnica de cepillado, Frecuencia
  □ Uso de seda dental. etc
- Compromisos de la gestante:
  Asistir A Controles Asignados
  Colocar en Practica Lo Aprendido

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heredis Espinosa Firma: Heredis J. Espinosa

Firma de la gestante: Marfelina Romero

200