Barranquilla, noviembre del 2025.

INGENIERA
ILMA CECILIA PRASCA AYA
Jefe de Oficina Salud Publica
Supervisor
Secretaria de salud Distrital

ASUNTO: Me permito presentar a usted informe de gestión en virtud del contrato **No.** CD-11-2025-2603 con objeto contractual la prestación de servicios de apoyo a la gestión para adelantar las acciones de inspección, vigilancia y control dentro del proceso de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en el distrito de Barranquilla, correspondiente al periodo del 26 de octubre al 25 de noviembre del 2025.

OBLIGACION CONTRACTUAL	PRODUCTO
Manejar software de Vigilancia SIVIGILA para la notificación de eventos en salud publica	Se realiza recepción, validación y consolidación de archivos planos enviados por las 132 UPGD activas en Sivigila. ➢ Semana 41/ 0 eventos ➢ Semana 42/ 0 eventos ➢ Semana 43/ 0 eventos ➢ Semana 44/ 0 eventos
Transcribir semanalmente fichas de pacientes de los diferentes eventos de notificación en salud pública que se requiera	• Se ingresa al Sivigila web 5 fichas de brote de ETA cód. 349 • Se ingresa al Sivigila web 163 fichas de ETA individual cód. 355
Realizar ajustes de casos sospechosos de la secretaria de salud de Barranquilla en SIVIGILA.	Se realiza ajuste a casos con definición 1 sospechoso y definición 2 probable y en variables a eventos de interés en salud publica notificados por la secretaria de Salud Distrital.
Realizar asistencias técnicas a las Unidad Primaria Generadora de Datos - UPGD para el manejo y actualización del software de vigilancia SIVIGILA	No se realizaron

Validar la calidad del dato y gestionar sus ajustes cuando corresponda.	• Se realizan ajustes por procedencia y residencia a los eventos de interés en salud pública notificados al Sivigila. • Se realizan ajustes por confirmación de laboratorio y descartados a los eventos de interés en Salud pública solicitados por los referentes de cada evento. • Se realiza ajuste 7 (otro tipo de ajuste) a las variables sugeridas por el referente de cada evento. • Se realiza ajuste al evento 813 por solicitud del referente a descartado o condición final muerto, con su respectivo laboratorio. • Se realiza ajuste 7 a los eventos notificados en SIVIGILA de tuberculosis a fallecidos se ingresa condición final muerto, fecha de defunción, certificado de defunción y causa básica. • Se realiza ajuste correspondiente (3-6) a los eventos reportados a Sivigila como 800 tosferina con su respectivo laboratorio. • Se realiza cruce de bases con el programa TB de Salud pública y SIVIGILA se verifica que pacientes no están notificados y se procede a su respectiva notificación al sistema. También se le realiza ajuste 7 a los casos con variables erradas y ajuste D a los casos encontrados con números de identificación errados y se vuelve a notificar. • Se realiza ajuste del evento Chagas se ingresa el laboratorio del evento. • Se le realiza ajuste al evento 300, 650 Y 670 por error en la variable de datos complementarios y error de digitación. • Se realiza ajuste calidad del dato barrio y localidad evento 115 y 155 • Se realiza ajuste a los eventos de morbilidad materna extrema con la referente del evento. • Se realiza ajuste calidad del dato procedencia evento 342. • Se realizan ajustes con la referente del evento al evento Monkey pox a ajuste 3 o 6. • Se realiza ajuste al evento Tosferina cód. 800 por calidad del dato y ajuste 3 o 6 según resultado de laboratorio. • Se realizan ajustes por laboratorio del evento sarampión cód. 730 • Se realiza ajuste 6 (descartado) al evento sífilis congénita cód. 740
Gestionar el software para la notificación y registro de eventos de interés en salud pública, incluyendo la carga de datos de manera oportuna y precisa, además de garantizar que las instituciones cumplan con los protocolos de notificación.	Se realiza la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación del software Sivigila y el desarrollo de acciones que garanticen el flujo continuo de información de interés requerida por el sistema de vigilancia en salud pública en nuestra jurisdicción. _ se entrega nuevo protocolo del evento 101-accidentes por otros animales venenosos.
Revisar y ajustar los casos sospechosos notificados, asegurando que los datos sean coherentes con los resultados de laboratorio y los criterios clínicos establecidos por los protocolos nacionales.	Los eventos probables o sospechosos notificados en el Sivigila que requieren la clasificación final del caso son ajustados en el sistema de información dentro de las cuatro semanas epidemiológicas siguientes a su notificación, con excepción de algunas consideraciones. Se garantiza el flujo continuo de esta información de ajuste y verificarán que las UPGD estructuren y actualicen las bases de datos sobre los eventos de salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos.

Asistir a las capacitaciones y actualizaciones organizadas por el nivel nacional, para mantener en la versión actualizada del aplicativo Sivigila, cambios en los protocolos, normativas y metodologías de vigilancia epidemiológica.	Se asiste a la sesión informativa Lesiones por pólvora y artefactos explosivos. Intoxicaciones.
Capacitar y /o socializar a la red de prestadores del distrito Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI), para asegurar que el personal realice el correcto uso del sistema SIVIGILA y en la gestión de eventos de salud pública.	Se realiza visita de asistencia técnica para la instalación y capacitación del software Sivigila 2018-2020 sobre lineamientos y protocolos a las personas encargadas en cada UPGD de manejar el programa, donde se le informa que la notificación de los eventos es de obligatorio diligenciamiento al Sivigila según el decreto 3518 de 2006, se explican las nuevas funcionalidades de la nueva versión, dándole las herramientas necesarias para que puedan cumplir con el proceso de notificación.
Llevar a cabo la caracterización de los operadores mediante encuestas a las instituciones de salud. Esto permite identificar su capacidad de notificación, infraestructura, y preparación para operar como Unidades Generadoras de Datos (UPGD) o Unidades Informadoras.	se realizó la verificación y depuración de los nuevos operadores para ser visitados en cada entidad territorial. se está realizando el proceso de cargue de la matriz de potenciales operadores en el Sivigila 4.0, para su posterior diligenciamiento de acuerdo con los hallazgos identificados en las visitas y los soportes que respaldan las visitas. cumpliendo con el procedimiento establecido para el proceso potenciales operadores, de tal forma que se realice la verificación pertinente para establecer la captación de eventos de interés en salud pública operadores en las organizaciones. Se realizan 15 encuestas a las siguientes instituciones: centro de medicina biológica, CEPIMA, clínica oftalmológica unidad laser, corazón Ips, CYS cuidado y salud, DHI Colombia, Ernesto Javier Alfaro, Eunice Cortes Peña, GERSALUD, Gina Paola Molinares, Innovart medical, Cardiopulmonar del caribe, Martha Lizeth Paredes, Oscar José Salas De la rosa, Yepes porto oftalmología.
Gestionar la instalación del aplicativo SIVIGILA en nuevos operadores, asegurando que cuenten con la tecnología necesaria para notificar eventos de interés en salud pública.	Para la operación de los subsistemas de información y análisis y divulgación se requiere de insumos mínimos para la implementación de los mecanismos dispuestos por el INS para recolección y consolidación de información, y para la comunicación de las situaciones de los eventos de interés en salud pública. Para operar adecuadamente el sistema de información para la vigilancia Sivigila 4.0, se requieren los siguientes elementos mínimos: Red física Red lógica Ambiente Windows, Mac o Linux u otro sistema operativo preferiblemente con las últimas versiones disponibles. Explorador de internet: se recomienda Google Chrome, Mozilla Firefox o Microsoft Edge. Si el usuario se conecta a través de computadores de mesa o escritorio
Proporcionar asistencia técnica a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI) para garantizar el correcto uso del aplicativo SIVIGILA, la notificación de casos y la actualización de datos	la importancia de la capacitación e inducción al personal de las instituciones en el proceso de notificación al Sistema de Vigilancia, garantizando la calidad y oportunidad en la notificación tal como lo establece el Decreto 0780 de 2016 Decreto Único del sector salud, así como el cumplimiento de los procedimientos establecidos en los protocolos del Instituto Nacional de Salud.

Atentamente:
Claudia Villa Campo
Técnico Sivigila Distrital.

Dra. Vanessa Gomez
Vigilancia de Salud Publica

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *
Departamento | Municipio | Código | Sub- Índice

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: IED Olga Emiliani

1.2 Nombre del evento *: ETA

Código del evento: 355

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 24/10/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *
O RC ✗ TI O CC O CE O PA O MS O AS O PE O CN O CD O SC O DE O PT

2.2 Número de identificación *: 1143432622

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: Cristian Becerra Taboada

2.4 Teléfono *: 3001663817

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

2.6 Edad *: 14

2.7 Unidad de medida de la edad *
✗ 1. Años O 3. Días O 5. Minutos
O 2. Meses O 4. Horas O 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombia — Código

2.9 Sexo *
✗ M. Hombre O I. Indeterminado
O F. Mujer

2.10 Identidad de género
✗ 1. Hombre O 3. Hombre trans O 5. Otra
O 2. Mujer O 4. Mujer trans Cuál otra?

2.11 Orientación sexual
O 1. Heterosexual O 3. Bisexual Cuál otra?
O 2. Gay/Lesbiana O 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Barranquilla — País

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Atlántico — Departamento / Municipio

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *
O 1. Cabecera municipal O 3. Rural disperso
O 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso: Metropolitana

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso — Código

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia — Código

2.19 Ocupación del paciente * (Escriba el nombre en la casilla inferior) — Código

2.20 Tipo de régimen en salud *
O P. Excepción O C. Contributivo O N. No Asegurado
O E. Especial ✗ S. Subsidiado O I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: CAJACOPI — Código

2.22 Pertenencia étnica * O 1. Indígena — Grupo étnico — O 2. Rom, Gitano O 3. Raizal O 4. Palenquero O 5. Negro, mulato afro colombiano O 6. Otro

2.23 Estrato

2.24 Selecciona los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes (Semanas de gestación) ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada
☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente
O 1. Notificación rutinaria O 4. Búsqueda activa com.
O 2. Búsqueda activa inst. O 5. Investigaciones
O 3. Vigilancia intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Barranquilla / Atlántico / Colombia — País / Departamento / Municipio

3.3 Dirección de residencia *: Cra 4 #45-165

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.6 Clasificación inicial de caso *
O 1. Sospechoso O 3. Conf. por laboratorio
O 2. Probable O 4. Conf. Clínica
O 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *: O SI O No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

3.9 Condición final *
O 1. Vivo
O 2. Muerto
O 0. No saba, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *

3.14 Teléfono del profesional *

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso
O 0. No aplica O 4. Conf. Clínica O 6. Descartado O D. Descartado por error de digitación
O 3. Conf. por laboratorio O 5. Conf. nexo epidemiológico O 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

Correos: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

FOR-R02.0000-075 V.03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
CRISTIAN BECERRA TABUADA	TI	1135432622

5. DATOS CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

- ☐ 1. Asintomático
- ☐ 2. Náuseas
- ☐ 3. Vómito
- ☐ 4. Diarrea
- ☐ 5. Fiebre
- ☐ 6. Calambres abdominales
- ☐ 7. Cefalea
- ☐ 8. Deshidratación
- ☐ 9. Ciarosis
- ☐ 10. Mialgias
- ☐ 11. Artralgias
- ☐ 12. Mareo
- ☐ 13. Lesiones maculopapulares
- ☐ 14. Escalofrío
- ☐ 15. Parestesias
- ☐ 17. Sialorrea
- ☐ 18. Espasmos musculares
- ☐ 19. Otros

5.2 Si marcó otros, registre cuál _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas ☐☐ Hora ☐☐ Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas	6.2 Alimentos ingeridos el día anterior	6.3 Alimentos ingeridos dos días antes
Nombre del alimento ☐☐ Hora ☐☐ Minutos Lugar del consumo	ESTOFADO CARNE PALOMITO 01 : 00 Lugar del consumo	Nombre del alimento ☐☐ Hora ☐☐ Minutos Lugar del consumo
Nombre del alimento ☐☐ Hora ☐☐ Minutos Lugar del consumo	ARROZ DE FISIO BOLLO MAIZ 01 : 00 Lugar del consumo	Nombre del alimento ☐☐ Hora ☐☐ Minutos Lugar del consumo
Nombre del alimento ☐☐ Hora ☐☐ Minutos Lugar del consumo	JUGO TAMARINDO 01 : 00 Lugar del consumo	Nombre del alimento ☐☐ Hora ☐☐ Minutos Lugar del consumo

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado IED Otra Emilium

7.2 Dirección _____

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

8.1 ¿Caso asociado a un brote?	8.2 ¿Caso captado por	8.3 Relación con la exposición
○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. UPGD ○ 2. Búsqueda	○ 1. Comensal ○ 2. Manipulador

9. LABORATORIO

9.1 ¿Se recolectó muestra biológica? ○ 1. Sí ○ 2. No

9.2 Tipo de muestra ☐1. Heces ☐2. Vómito ☐3. Sangre ☐4. Otra

9.2.1 ¿Cuál? _____

9.3 Agente identificado	9.4 Agente identificado	9.5 Agente identificado	9.6 Agente identificado	Si marco 77 Otro: Cuál otro?
Código ☐☐ 1	Código ☐☐ 2	Código ☐☐ 3	Código ☐☐ 4	

Agentes
77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-Bacillus cereus,4-Bacillus anthracis, 5-Staphylococcus aureus,6-Streptococcus sp, 7-Clostridium perfringens, -Aeromonas hydrophila, 9-Campylobacter jejuni , 11-Escherichia coli,12-Shigella sp, 13-Salmonella spp, 14-Salmonella Typhi, 15-Salmonella Paratyphi, 16-Clostridiumbotulinum17-Vibrio sp, 18-Vibrio parahaemolyticus, 19-Brucella abortus, 20-Mycobacterium bovis, 21-Listeria monocytogenes, 22-Proteus sp, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 32-Ascaris lumbricoides, 33-Complejo Entamoeba histolyticaldispar, 34-Fasciola hepática, 35-Taenia saginata, 36-Cyclospora, 37-Giardia duodenalis, 38-Taenia solium, 39-Trichinella spiralis, 40-Balantidium coli, 41-Cryptosporidium, 42-Isospora belli,43-Trichuris trichiura, 44-Uncinarias, 45-Enterobius vermicularis, 46-Strongyloides stercolaris, 47-Hymenolepis nana, 48-Hymenolepis diminuta, 49-Dipylidium caninum, 50-Entamoeba hartamanni, 51-Entammeba coli , 52-Endolimax nana , 53-Iodamoeba butschli 54-Chilomastix mesnili , 55-Trichomonas hominis , 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluoruro,60-Plomo, 61-Estaño 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidroxido de sodio, 66-Organofosforados, 67-Carbamatos, 68-Acido cloadsico, 69-Saxitoxina, 70-Alcaloides, 71-Hidrocarburo dorado, 72-Mercurio, 73 Fosfato de triorterasilo, 74- Glutamatomonosodico, 75-Micofenato sódico, 65- T-Cruzi, 66-Toxinas de algas marinas

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · Instituto Nacional de Salud · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1295/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD * (Departamento / Municipio / Código / Sub- Índice)

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: IED Olga Ariliani

1.2 Nombre del evento *: ETA

Código del evento: 355

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 24/10/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *: ○ RC ● TI ○ CC ○ CE ○ PA ○ MS ○ AS ○ PE ○ CN ○ CD ○ SC ○ DE ○ PT

2.2 Número de identificación *: 1046708827

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA DE IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: Luna Castaño Vizcaino

2.4 Teléfono *: 3003031923

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/04/2011

2.6 Edad *: 14

2.7 Unidad de medida de la edad *: ● 1. Años ○ 3. Días ○ 5. Minutos ○ 2. Meses ○ 4. Horas ○ 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombia (Código)

2.9 Sexo *: ○ M. Hombre ○ I. Indeterminado ● F. Mujer

2.10 Identidad de género: ○ 1. Hombre ○ 3. Hombre trans ○ 5. Otra ● 2. Mujer ○ 4. Mujer trans Cuál otra? ____

2.11 Orientación sexual: ○ 1. Heterosexual ○ 3. Bisexual Cuál otra? ○ 2. Gay/Lesbiana ○ 4. Otra ____

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Barranquilla (País)

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Atlántico (Departamento / Municipio)

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *: ○ 1. Cabecera municipal ○ 3. Rural disperso ○ 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso: Metropolitana

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso (Código)

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia (Código)

2.19 Ocupación del paciente * (Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior) (Código)

2.20 Tipo de régimen en salud *: ○ P. Excepción ● C. Contributivo ○ N. No Asegurado ○ E. Especial ○ S. Subsidiado ○ I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: Suna (Código)

2.22 Pertenencia étnica *: ○ 1. Indígena Grupo étnico ____ ○ 2. Rom, Gitano ○ 3. Raizal ○ 4. Palenquero ○ 5. Negro, mulato afro colombiano ○ 6. Otro

2.23 Extranjero

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *: ☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente: ○ 1. Notificación rutinaria ○ 4. Búsqueda activa com. ○ 2. Búsqueda activa inst. ○ 5. Investigaciones ○ 3. Vigilancia intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Barranquilla / Atlántico / Colombia (País / Departamento / Municipio)

3.3 Dirección de residencia *

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.6 Clasificación inicial de caso *: ○ 1. Sospechoso ○ 3. Conf. por laboratorio ○ 2. Probable ○ 4. Conf. Clínica ○ 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *: ○ SI ○ No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

3.9 Condición final *: ○ 1. Vivo ○ 2. Muerto ○ 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *

3.14 Teléfono del profesional *

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso: ○ 0. No aplica ○ 4. Conf. Clínica ○ 6. Descartado ○ D. Descartado por error de digitación ○ 1. Conf. por laboratorio ○ 5. Conf. nexo epidemiológico ○ 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/08

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
Juna CASTAÑO VISCAINO		1046708827

5. DATOS CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

- ☐ 2. Náuseas
- ☐ 3. Vómito
- ☐ 4. Diarrea
- ☐ 5. Fiebre
- ☐ 6. Calambres abdominales
- ☐ 7. Cefalea
- ☐ 8. Deshidratación
- ☐ 9. Ciancsis
- ☐ 10. Mialgias
- ☐ 11. Artralgias
- ☐ 12. Mareo
- ☐ 13. Lesiones maculopapulares
- ☐ 14. Escalofrío
- ☐ 16. Parestesias
- ☐ 17. Sabures
- ☐ 18. Espasmos musculares
- ☐ 19. Otros

5.2 Si marcó otros, registre cuál: _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas: 20 Hora 00 Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas	6.2 Alimentos ingeridos el día anterior	6.3 Alimentos ingeridos dos días antes
Nombre del alimento: _____ Hora: __:__ Minutos: __ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: ESTOFADO PALOMITO Hora: 01:00 Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: __:__ Minutos: __ Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: __:__ Minutos: __ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: ARROZ FRITO Hora: 01:00 Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: __:__ Minutos: __ Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: __:__ Minutos: __ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: JUGO TAMARINDO Hora: 01:00 Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: __:__ Minutos: __ Lugar del consumo: _____

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado: I.E.D Olga Eduliani

7.2 Dirección: _____

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

8.1 ¿Caso asociado a un brote?	8.2 ¿Caso captado por	8.3 Relación con la exposición
✓ 1. SI ○ 2. No	○ 1. UPGD ✓ 2. Búsqueda	✓ 1. Comensal ○ 2. Manipulador

9. LABORATORIO

9.1 ¿Se recolectó muestra biológica?	9.2 Tipo de muestra	9.2.1 ¿Cuál?
○ 1. SI ○ 2. No	☐ 1. Heces ☐ 2. Vómito ☐ 3. Sangre ☐ 4. Otra	_____

9.3 Agente identificado	9.4 Agente identificado	9.5 Agente identificado	9.6 Agente identificado	Si marco 77 Otro: Cuál otro?
Código: __ 1	Código: __ 2	Código: __ 3	Código: __ 4	_____

Agentes
77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-*Bacillus cereus*,4-*Bacillus anthracis*, 5-*Staphylococcus aureus*,6-*Streptococcus sp*, 7-*Clostridium perfringens*, -*Aeromonas hydrophila*, 9-*Campylobacter jejuni* , 11–*Escherichia coli*,12–*Shigella sp*, 13-*Salmonella spp*, 14-Salmonella Typhi, 15-*Salmonella Paratyphi*, 16-*Clostridiumbotulinum*17-*Vibrio sp*, 18-*Vibrio parahaemolyticus*, 19-*Brucella abortus*, 20-*Mycobacterium bovis*, 21-*Listeria monocytogenes*, 22-*Proteus sp*, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 32-*Ascaris lumbricoides*, 33-Complejo *Entamoeba histolyticaldispar*, 34-*Fasciola hepática*, 35-*Taenia saginata*, 36-*Cyclospora*, 37-*Giardia duodenalis*, 38-*Taenia solium*, 39-*Trichinella spiralis*, 40-*Balantidium coli*, 41-*Cryptosporidium*, 42-*Isospora belli*,43-*Trichuris trichiura*, 44-Uncinarias, 45-*Enterobius vermicularis*, 46-*Strongyloides stercolaris*, 47-*Hymenolepis nana*, 48-*Hymenolepis diminuta*, 49-*Dipylidium caninum*, 50-*Entamoeba hartamanni*, 51-*Entamoeba coli* , 52-*Endolimax nana* , 53-*Iodamoeba butschli* 54-*Chilomastix mesnil* , 55-*Trichomonas hominis* , 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluorure,60-Plomo, 61-Estaño 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidroxido de sodio, 66-Organofosforados, 67-Carbamatos, 68-Acido okadaico, 69-Saxitoxina, 70-Alcaloides, 71-Hidrocarburo clorado, 72-Mercurio, 73 Fosfato de triortocresilo, 74- Glutamatomonosodico, 75-Micotinato sódico, 85- T-Cruzi, 86-Toxinas de algas marinas

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1298/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD * | Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: IED Olga Emiliani

1.2 Nombre del evento *: ETA | Código del evento: 355 | 1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 24/10/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *: ORC ~~OTI~~ OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN OCD OSC ODE OPT | 2.2 Número de identificación *: 1026707146

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: María CAMILA ESPINEL CISNEROS | 2.4 Teléfono *: 3213729402

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 25/08/2010 | 2.6 Edad *: 15 | 2.7 Unidad de medida de la edad *: ~~O1. Años~~ O2. Meses O3. Días O4. Horas O5. Minutos O0. No aplica | 2.8 Nacionalidad *: Colombia (Código)

2.9 Sexo *: O M. Hombre O I. Indeterminado ~~O F. Mujer~~ | 2.10 Identidad de género: O 1. Hombre O 3. Hombre trans O 5. Otra ~~O 2. Mujer~~ O 4. Mujer trans Cuál otra? | 2.11 Orientación sexual: O 1. Heterosexual O 3. Bisexual Cuál otra? O 2. Gay/Lesbiana O 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Barranquilla (País) | 2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Atlántico (Departamento / Municipio) | 2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *: O 1. Cabecera municipal O 2. Centro poblado O 3. Rural disperso

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso: Metropolitana | 2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso (Código) | 2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso | 2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia (Código)

2.19 Ocupación del paciente * (Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior) (Código) | 2.20 Tipo de régimen en salud *: O P. Excepción ~~O C. Contributivo~~ O N. No Asegurado O E. Especial O S. Subsidiado O I. Indeterminado/ pendiente | 2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: Sanitas (Código)

2.22 Pertenencia étnica *: O 1. Indígena Grupo étnico ____ O 2. Rom, Gitano O 3. Raizal O 4. Palenquero O 5. Negro, mulato afro colombiano O 6. Otro | 2.23 Estrato

2.24 Selecciona los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *:
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes (Semanas de gestación) ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada
☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Comisión psicosocial ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente: O 1. Notificación rutinaria O 2. Búsqueda activa inst. O 3. Vigilancia intensificada O 4. Búsqueda activa com. O 5. Investigaciones

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Barranquilla / Atlántico / Colombia (País / Departamento / Municipio)

3.3 Dirección de residencia *

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 24/10/2025 | 3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): 24/10/2025 | 3.6 Clasificación inicial del caso *: O 1. Sospechoso O 2. Probable O 3. Conf. por laboratorio O 4. Conf. Clínica O 5. Conf. nexo epidemiológico | 3.7 Hospitalizado *: O SI O No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) | 3.9 Condición final *: O 1. Vivo O 2. Muerto O 0. No sabe, no responde | 3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) | 3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte | 3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha * | 3.14 Teléfono del profesional *

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso: O 0. No aplica O 3. Conf. por laboratorio O 4. Conf. Clínica O 5. Conf. nexo epidemiológico O 6. Descartado O 7. Otra actualización O D. Descartado por error de digitación | 4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

Correos: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
Maria Camila Espinel Osorio		1046707146

5. DATOS CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

- ☐ 2. Naúseas
- ☐ 3. Vómito
- ☐ 4. Diarrea
- ☐ 5. Fiebre
- ☐ 6. Calambres abdominales
- ☐ 7. Cefalea
- ☐ 8. Deshidratación
- ☐ 9. Cianosis
- ☐ 10. Mialgias
- ☐ 11. Artralgias
- ☐ 12. Mareo
- ☐ 13. Lesiones maculopapulares
- ☐ 14. Escalofrío
- ☐ 16. Parestesias
- ☐ 17. Sialorrea
- ☐ 18. Espasmos musculares
- ☐ 19. Otros

5.2 Si marcó otros, registre cuál _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas 18 Hora 00 Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas	6.2 Alimentos ingeridos el día anterior	6.3 Alimentos ingeridos dos días antes
Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:	Nombre del alimento: ESTOFA DE CARNE Hora: 01 : Minutos: 00	Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:
Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:	Nombre del alimento: ARROZ FRITO BOLO MAIZ Hora: 01 : Minutos: 00	Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:
Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:	Nombre del alimento: JUGO TAMARINDO Hora: 01 : Minutos: 00	Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:
Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado IED Osu Guillotti

7.2 Dirección _____

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

8.1 ¿Caso asociado a un brote?	8.2 ¿Caso captado por	8.3 Relación con la exposición
✓ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. UPGD ✓ 2. Búsqueda	✓ 1. Comensal ○ 2. Manipulador

9. LABORATORIO

9.1 ¿Se recolectó muestra biológica?	9.2 Tipo de muestra	9.2.1 ¿Cuál?
○ 1. Sí ○ 2. No	☐ 1. Heces ☐ 2. Vómito ☐ 3. Sangre ☐ 4. Otra	_____

9.3 Agente identificado	9.4 Agente identificado	9.5 Agente identificado	9.6 Agente identificado	Si marco 77 Otro: Cuál otro?
Código: 1	Código: 2	Código: 3	Código: 4	_____

Agentes

77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-*Bacillus cereus*,4-*Bacillus anthracis*, 5-*Staphylococcus aureus*,6-*Streptococcus sp*, 7-*Clostridium perfringens*, -*Aeromonas hydrophila*, 9-*Campylobacter jejuni* , 11–*Escherichia coli*,12–*Shigella sp*, 13-*Salmonella spp*, 14-*Salmonella* Typhi, 15-*Salmonella* Paratyphi, 16-*Clostridiumbotulinum*17-*Vibrio sp*, 18-*Vibrio parahaemolyticus*, 19-*Brucella abortus*, 20-*Mycobacterium bovis*, 21-*Listeria monocytogenes*, 22-*Proteus sp*, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 32-*Ascaris lumbricoides*, 33-Complejo *Entamoeba histolyticadispar*, 34-*Fasciola hepática*, 35-*Taenia saginata*, 36-*Cyclospora*, 37-*Giardia duodenalis*, 38-*Taenia solium*, 39-*Trichinella spiralis*, 40-*Balantidium coli*, 41-*Cryptosporidium*, 42-*Isospora belli*,43-*Trichuris trichiura*, 44-Uncinarias, 45-*Enterobius vermicularis*, 46-*Strongyloides stercolaris*, 47-*Hymenolepis nana*, 48-*Hymenolepis diminuta*, 49-*Dipylidium caninum*, 50-*Entamoeba hartamanni*, 51-*Entamoeba coli* , 52-*Endolimax nana* , 53-*Iodamoeba butschili* 54-*Chilomastix mesnili* , 55-*Trichomonas hominis* , 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluoruro,60-Plomo, 61-Estaño 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidroxido de sodio, 66-Organoclorados, 67-Carbamatos, 68-Acido okadaico, 69-Saxitoxina, 70-Alcaloides, 71-Hidrocarburo clorado, 72-Mercurio, 73 Fosfato de trioctocresilo, 74- Glutamatomonosodico, 75-Miconfinato sodico, 85- T-Cruzi, 86-Toxinas de algas marinas

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/08

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD * (Departamento / Municipio / Código / Sub- Índice):

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: IED Olga Emiliani

1.2 Nombre del evento *: ETA

Código del evento: 355

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 24/10/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *: O RC · ~~O TI~~ · O CC · O CE · O PA · O MS · O AS · O PE · O CN · O CD · O SC · O DE · O PT

2.2 Número de identificación *: 1046712878

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: SHARROLL ROPAIN PEREZ

2.4 Teléfono *: 3046359863

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/07/2012

2.6 Edad *: 13

2.7 Unidad de medida de la edad *: O 1. Años · O 2. Meses · O 3. Días · O 4. Horas · O 5. Minutos · O 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombia (Código)

2.9 Sexo *: O M. Hombre · O I. Indeterminado · ~~O F. Mujer~~

2.10 Identidad de género: O 1. Hombre · O 3. Hombre trans · O 5. Otra · ~~O 2. Mujer~~ · O 4. Mujer trans · Cuál otra? _____

2.11 Orientación sexual: O 1. Heterosexual · O 3. Bisexual · Cuál otra? _____ · O 2. Gay/Lesbiana · O 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Barranquilla (País)

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Atlántico (Departamento / Municipio)

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *: O 1. Cabecera municipal · O 2. Centro poblado · O 3. Rural disperso

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso: Metropolitana

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso (Código):

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso:

2.18 Vereda/Zona procedencia/ocurrencia (Código):

2.19 Ocupación del paciente * (Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior) (CIUO):

2.20 Tipo de régimen en salud *: O P. Excepción · ~~O C. Contributivo~~ · O N. No Asegurado · O E. Especial · O S. Subsidiado · O I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: Sura (Código)

2.22 Pertenencia étnica *: O 1. Indígena · Grupo étnico: _____ · O 2. Rom, Gitano · O 3. Raizal · O 4. Palenquero · O 5. Negro, mulato afro colombiano · O 6. Otro

2.23 Estrato:

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *

☐ Personas en condición de discapacidad · ☐ Migrantes · ☐ Gestantes (Semana de gestación) · ☐ Población infantil a cargo del ICBF · ☐ Desmovilizados · ☐ Víctimas de violencia armada
☐ Desplazados · ☐ Personas privadas de la libertad · ☐ Habitantes de la calle · ☐ Madres comunitarias · ☐ Centros psiquiátricos · ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente: O 1. Notificación rutinaria · O 2. Búsqueda activa Inst. · O 3. Vigilancia intensificada · O 4. Búsqueda activa com. · O 5. Investigaciones

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Barranquilla / Atlántico / Colombia (País / Departamento / Municipio)

3.3 Dirección de residencia *: Cra 4 # 45-165

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.6 Clasificación inicial de caso *: O 1. Sospechoso · O 2. Probable · O 3. Conf. por laboratorio · O 4. Conf. Clínica · O 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *: O SI · O No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa):

3.9 Condición final *: O 1. Vivo · O 2. Muerto · O 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa):

3.11 Número certificado de defunción:

3.12 Causa básica de muerte:

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *:

3.14 Teléfono del profesional *:

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso: O 0. No aplica · O 3. Conf. por laboratorio · O 4. Conf. Clínica · O 5. Conf. nexo epidemiológico · O 6. Descartado · O 7. Otra actualización · O D. Descartado por error de digitación

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa):

Correos: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/08

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
SHARICK ROJAS PEREZ	TI	1046712878

5. DATOS CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

- ☐ 2. Naúseas
- ☐ 3. Vómito
- ☐ 4. Diarrea
- ☐ 5. Fiebre
- ☐ 6. Calambres abdominales
- ☐ 7. Cefalea
- ☐ 8. Deshidratación
- ☐ 9. Ciancsis
- ☐ 10. Mialgias
- ☐ 11. Artralgias
- ☐ 12. Mareo
- ☐ 13. Lesiones maculopapulares
- ☐ 14. Escalofrío
- ☐ 16. Parestesias
- ☐ 17. Sialorrea
- ☐ 18. Espasmos musculares
- ☐ 19. Otros

5.2 Si marcó otros, registre cuál _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas 16 Hora 30 Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas	6.2 Alimentos ingeridos el día anterior	6.3 Alimentos ingeridos dos días antes
Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:	Nombre del alimento: ESTOFADO CARNE Hora: 01 : Minutos: 00	Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:
Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:	Nombre del alimento: ARROZ FRITO CON HUEVO Hora: 01 : Minutos: 00	Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:
Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:	Nombre del alimento: JUGO TAMARINDO Hora: 01 : Minutos: 00	Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:
Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado IED Otra Emiliani

7.2 Dirección _____

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

8.1 ¿Caso asociado a un brote?	8.2 ¿Caso captado por	8.3 Relación con la exposición
O 1. Sí O 2. No	O 1. UPGD O 2. Búsqueda	O 1. Comensal O 2. Manipulador

9. LABORATORIO

9.1 ¿Se recolectó muestra biológica?	9.2 Tipo de muestra	9.2.1 ¿Cuál?
O 1. Sí O 2. No	☐ 1. Heces ☐ 2. Vómito ☐ 3. Sangre ☐ 4. Otra	_____

9.3 Agente identificado	9.4 Agente identificado	9.5 Agente identificado	9.6 Agente identificado	Si marco 77 Otro: Cuál otro?
Código: 1	Código: 2	Código: 3	Código: 4	_____

Agentes

77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-*Bacillus cereus*,4-*Bacillus anthracis*, 5-*Staphylococcus aureus*,6-*Streptococcus sp*, 7-*Clostridium perfringens*, -*Aeromonas hydrophila*, 9-*Campylobacter jejuni* , 11–*Escherichia coli*,12–*Shigella sp*, 13-*Salmonella spp*. 14-*Salmonella* Typhi, 15-*Salmonella* Paratyphi, 16-*Clostridiumbotulinum*17-*Vibrio sp*, 18-*Vibrio parahaemolyticus*, 19-*Brucella abortus*, 20-*Mycobacterium bovis*, 21-*Listeria monocytogenes*, 22-*Proteus sp*, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 31-*Ascaris lumbricoides*, 33-Complejo *Entamoeba histolytica/dispar*, 34-*Fasciola hepática*, 35-*Taenia saginata*, 36-*Cyclospora*, 37-*Giardia duodenalis*, 38-*Taenia solium*, 39-*Trichinella spiralis*, 40-*Balantidium coli*, 41-*Cryptosporidium*, 42-*Isospora belli*,43-*Trichuris trichiura*, 44-Uncinarias, 45-*Enterobius vermicularis*, 46-*Strongyloides stercolaris*, 47-*Hymenolepis nana*, 48-*Hymenolepis diminuta*, 49-*Dipylidium caninum*, 50-*Entamoeba hartamanni*, 51-*Entamoeba coli* , 52-*Endolimax nana* , 53-*Iodamoeba butschlii* 54-*Chilomastix mesnili* , 55-*Trichomonas hominis* , 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluoruro,60-Plomo, 61-Estaño 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidroxido de sodio, 66-Organofosforados, 67-Carbamatos, 68-Acido okadaico, 69-Saxitoxina, 70-Alcaloides, 71-Hidrocarburo clorado, 72-Mercurio, 73 Fosfato de triortocresilo, 74- Glutamatomonosodico, 75-Micofinato sódico, 85- T-Cruzi, 86-Toxinas de algas marinas

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1272/09 y 1295/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD * (Departamento / Municipio / Código / Sub- índice)

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: IED Olga Emiliani

1.2 Nombre del evento *: ETA

Código del evento: 355

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 24 / 10 / 2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *: O RC · O TI · O CC · O CE · O PA · O MS · O AS · O PE · O CN · O CD · O SC · O DE · O PT

2.2 Número de identificación *: 1042855334

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: Yuset Gutierrez Hernandez

2.4 Teléfono *: 3014794348

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 26 / 06 / 2008

2.6 Edad *: 17

2.7 Unidad de medida de la edad *: O 1. Años · O 3. Días · O 5. Minutos · O 2. Meses · O 4. Horas · O 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombia (Código)

2.9 Sexo *: O M. Hombre · O I. Indeterminado · O F. Mujer

2.10 Identidad de género: O 1. Hombre · O 3. Hombre trans · O 5. Otra · O 2. Mujer · O 4. Mujer trans · Cuál otra? ____

2.11 Orientación sexual: O 1. Heterosexual · O 3. Bisexual · Cuál otra? · O 2. Gay/Lesbiana · O 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Barranquilla (País)

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Atlantico (Departamento / Municipio)

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *: O 1. Cabecera municipal · O 3. Rural disperso · O 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso: Metropolitana

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso (Código)

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia (Código)

2.19 Ocupación del paciente * (Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior)

2.20 Tipo de régimen en salud *: O P. Excepción · O C. Contributivo · O N. No Asegurado · O E. Especial · O S. Subsidiado · O I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficio *: M/Sisbén (Código)

2.22 Pertenencia étnica *: O 1. Indígena · Grupo étnico · O 2. Rom, Gitano · O 3. Raizal · O 4. Palenquero · O 5. Negro, mulato afro colombiano · O 6. Otro

2.23 Estrato

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *: ☐ Personas en condición de discapacidad · ☐ Migrantes · ☐ Gestantes · ☐ Población infantil a cargo del ICBF · ☐ Desmovilizados · ☐ Víctimas de violencia armada · ☐ Desplazados · ☐ Personas privadas de la libertad · ☐ Habitantes de la calle · ☐ Madres comunitarias · ☐ Consumos psicoactivos · ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente: O 1. Notificación rutinaria · O 4. Búsqueda activa com. · O 2. Búsqueda activa inst. · O 5. Investigaciones · O 3. Vigilancia intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Barranquilla / Atlantico / Colombia (País / Departamento / Municipio)

3.3 Dirección de residencia *: Cra 4 # 45-165

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 24 / 10 / 2025

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): 24 / 10 / 2025

3.6 Clasificación inicial de caso *: O 1. Sospechoso · O 3. Conf. por laboratorio · O 2. Probable · O 4. Conf. Clínica · O 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *: O SI · O No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa):

3.9 Condición final *: O 1. Vivo · O 2. Muerto · O 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa):

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *

3.14 Teléfono del profesional *

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso: O 0. No aplica · O 4. Conf. Clínica · O 6. Descartado · O D. Descartado por error de digitación · O 3. Conf. por laboratorio · O 5. Conf. nexo epidemiológico · O 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa):

Correos: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación Individual - Datos complementarios

Cod INS 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
YOSET GUERRERO MEDINA	TI	1042855334

5. DATOS CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

- ☐ 2. Náuseas
- ☐ 3. Vómito
- ☐ 4. Diarrea
- ☐ 5. Fiebre
- ☐ 6. Calambres abdominales
- ☐ 7. Cefalea
- ☐ 8. Deshidratación
- ☐ 9. Ciancsis
- ☐ 10. Mialgias
- ☐ 11. Artralgias
- ☐ 12. Mareo
- ☐ 13. Lesiones maculopapulares
- ☐ 14. Escalofrío
- ☐ 16. Parestesias
- ☐ 17. Sialorrea
- ☐ 18. Espasmos musculares
- ☐ 19. Otros

5.2 Si marcó otros, registre cuál _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas 19 Hora 00 Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas	6.2 Alimentos ingeridos el día anterior	6.3 Alimentos ingeridos dos días antes
Nombre del alimento / Hora / Minutos Lugar del consumo	ESTOFADO DE POLLO — 01 : 00 Lugar del consumo	Nombre del alimento / Hora / Minutos Lugar del consumo
Nombre del alimento / Hora / Minutos Lugar del consumo	ARROZ CON FRIJOL BOLIMAR — 01 : 00 Lugar del consumo	Nombre del alimento / Hora / Minutos Lugar del consumo
Nombre del alimento / Hora / Minutos Lugar del consumo	JUGO TAMARINDO — 01 : 00 Lugar del consumo	Nombre del alimento / Hora / Minutos Lugar del consumo

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado _____

7.2 Dirección _____

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

8.1 ¿Caso asociado a un brote?	8.2 ¿Caso captado por	8.3 Relación con la exposición
○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. UPGD ○ 2. Búsqueda	○ 1. Comensal ○ 2. Manipulador

9. LABORATORIO

9.1 ¿Se recolectó muestra biológica?	9.2 Tipo de muestra	9.2.1 ¿Cuál?
○ 1. Sí ○ 2. No	☐ 1. Heces ☐ 2. Vómito ☐ 3. Sangre ☐ 4. Otra	

9.3 Agente identificado	9.4 Agente identificado	9.5 Agente identificado	9.6 Agente identificado	Si marco 77 Otro: Cuál otro?
Código 1	Código 2	Código 3	Código 4	

Agentes
77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-*Bacillus cereus*,4-*Bacillus anthracis*, 5-*Staphylococcus aureus*,6-*Streptococcus sp*, 7-*Clostridium perfringens*, -*Aeromonas hydrophila*, 9-*Campylobacter jejuni* , 11–*Escherichia coli*,12–*Shigella sp*, 13-*Salmonella spp*, 14-*Salmonella* Typhi, 15-*Salmonella* Paratyphi, 16-*Clostridiumbotulinum*17-*Vibrio sp*, 18-*Vibrio parahaemolyticus*, 19-*Brucella abortus*, 20-*Mycobacterium bovis*, 21-*Listeria monocytogenes*, 22-*Proteus sp*, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 33-*Ascaris lumbricoides*, 33-Complejo *Entamoeba histolyticaldispar*, 34-*Fasciola hepática*, 35-*Taenia saginata*, 36-*Cyclospora*, 37-*Giardia duodenalis*, 38-*Taenia solium*, 39-*Trichinella spiralis*, 40-*Balantidium coli*, 41-*Cryptosporidium*, 42-*Isospora belli*,43-*Trichuris trichiura*, 44-Uncinarias, 45-*Enterobius vermicularis*, 46-*Strongyloides stercolaris*, 47-*Hymenolepis nana*, 48-*Hymenolepis diminuta*, 49-*Dipylidium caninum*, 50-*Entamoeba hartamanni*, 51-*Entamoeba coli* , 52-*Endolimax nana* , 53-*Iodamoeba butschlii* 54-*Chilomastix mesnili* , 55-*Trichomonas hominis* , 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluoruro,60-Plomo, 61-Estaño 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidroxido de sodio, 66-Organofosforados, 67-Carbamatos, 68-Acido okadaico, 69-Saxitoxina, 70-Alcaloides, 71-Hidrocarburo clorado, 72-Mercurio, 73 Fosfato de triortocresilo, 74- Glutamatomonosodico, 75-Micofenato sódico, 85- T-Cruzi, 86-Toxinas de algas marinas

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/08

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD * (Departamento | Municipio | Código | Sub- Índice)

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: IED Olga Eucilioni

1.2 Nombre del evento *: ETA

Código del evento: 355

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 24/10/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *: O RC · ● TI · O CC · O CE · O PA · O MS · O AS · O PE · O CN · O CD · O SC · O DE · O PT

2.2 Número de identificación *: 1043681680

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: Emmanuel GUERRERO BRAN

2.4 Teléfono *:

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/2010

2.6 Edad *: 15

2.7 Unidad de medida de la edad *: ● 1. Años · O 3. Días · O 5. Minutos · O 2. Meses · O 4. Horas · O 6. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombia (Código)

2.9 Sexo *: ● M. Hombre · O I. Indeterminado · O F. Mujer

2.10 Identidad de género: ● 1. Hombre · O 3. Hombre trans · O 5. Otra · O 2. Mujer · O 4. Mujer trans · Cuál otra?

2.11 Orientación sexual: O 1. Heterosexual · O 3. Bisexual · Cuál otra? · O 2. Gay/Lesbiana · O 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Barranquilla (País)

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Atlántico (Departamento / Municipio)

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *: O 1. Cabecera municipal · O 3. Rural disperso · O 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso: Metropolitana

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso (Código):

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso:

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia (Código):

2.19 Ocupación del paciente * (Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior) (Código):

2.20 Tipo de régimen en salud *: O P. Excepción · O C. Contributivo · O N. No Asegurado · O E. Especial · ● S. Subsidiado · O I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: S Hotul (Código)

2.22 Pertenencia étnica *: O 1. Indígena · Grupo étnica · O 2. Rom, Gitano · O 3. Raizal · O 4. Palenquero · O 5. Negro, mulato afro colombiano · O 6. Otro · 2.23 Cuál?

2.24 Selecciona los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *: ☐ Personas en condición de discapacidad · ☐ Migrantes · ☐ Gestantes · ☐ Población infantil a cargo del ICBF · ☐ Desmovilizados · ☐ Víctimas · ☐ Desplazados · ☐ Personas privadas de la libertad · ☐ Habitantes de la calle · ☐ Madres comunitarias · ☐ Centros psiquiátricos · ☐ Otra

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente: O 1. Notificación rutinaria · O 4. Búsqueda activa com. · O 2. Búsqueda activa inst. · O 5. Investigaciones · O 3. Vigilancia intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Barranquilla / Atlántico / Colombia (País / Departamento / Municipio)

3.3 Dirección de residencia *: Cra 4 # 45 165

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.6 Clasificación inicial de caso *: O 1. Sospechoso · O 3. Conf. por laboratorio · O 2. Probable · O 4. Conf. Clínica · O 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *: O SI · O No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa):

3.9 Condición final *: O 1. Vivo · O 2. Muerto · O 9. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa):

3.11 Número certificado de defunción:

3.12 Causa básica de muerte:

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *:

3.14 Teléfono del profesional *:

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso: O 9. No aplica · O 4. Conf. Clínica · O 6. Descartado · O D. Descartado por error de digitación · O 3. Conf. por laboratorio · O 5. Conf. nexo epidemiológico · O 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa):

Correos: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · Instituto Nacional de Salud · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/08

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
Emanuel Guerrero Bran	TI	1043681680

5. DATOS CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

- ☐ 2. Náuseas
- ☐ 3. Vómito
- ☐ 4. Diarrea
- ☐ 5. Fiebre
- ☐ 6. Calambres abdominales
- ☐ 7. Cefalea
- ☐ 8. Deshidratación
- ☐ 9. Ciancsis
- ☐ 10. Malgias
- ☐ 11. Artralgias
- ☐ 12. Mareo
- ☐ 13. Lesiones maculopapulares
- ☐ 14. Escalofrío
- ☐ 16. Parestesias
- ☐ 17. Sialorrea
- ☐ 18. Espasmos musculares
- ☐ 19. Otros

5.2 Si marcó otros, registra cuál: _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas: 17 Hora 00 Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas	6.2 Alimentos ingeridos el día anterior	6.3 Alimentos ingeridos dos días antes
Nombre del alimento: _____ Hora: ____ Minutos: ____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: ESTOFADO Hora: 01 Minutos: 00 Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: ____ Minutos: ____ Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: ____ Minutos: ____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: ARROZ FRITO Hora: 01 Minutos: 00 Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: ____ Minutos: ____ Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: ____ Minutos: ____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: JUGO TAMARINDO Hora: 01 Minutos: 00 Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: ____ Minutos: ____ Lugar del consumo: _____

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado: IED Olga Emiliani

7.2 Dirección: _____

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

8.1 ¿Caso asociado a un brote?	8.2 ¿Caso captado por	8.3 Relación con la exposición
✓ 1. SI ○ 2. No	○ 1. UPGD ✓ 2. Búsqueda	✓ 1. Comensal ○ 2. Manipulador

9. LABORATORIO

9.1 ¿Se recolectó muestra biológica?	9.2 Tipo de muestra	9.2.1 ¿Cuál?
○ 1. Sí ○ 2. No	☐ 1. Heces ☐ 2. Vómito ☐ 3. Sangre ☐ 4. Otra	_____

9.3 Agente identificado	9.4 Agente identificado	9.5 Agente identificado	9.6 Agente identificado	Si marco 77 Otro: Cuál otro?
Código: ____ 1	Código: ____ 2	Código: ____ 3	Código: ____ 4	_____

Agentes
77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-*Bacillus cereus*,4-*Bacillus anthracis*, 5-*Staphylococcus aureus*,6-*Streptococcus sp*, 7-*Clostridium perfringens*, 8-*Aeromonas hydrophila*, 9-*Campylobacter jejuni* , 11-*Escherichia coli*,12-*Shigella sp*, 13-*Salmonella spp*, 14-*Salmonella Typhi*, 15-*Salmonella Paratyphi*, 16-*Clostridiumbotulinum*17-*Vibrio sp*, 18-*Vibrio parahaemolyticus*, 19-*Brucella abortus*, 20-*Mycobacterium bovis*, 21-*Listeria monocytogenes*, 22-*Proteus sp*, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 32-*Ascaris lumbricoides*, 33-Complejo *Entamoeba histolytica/dispar*, 34-*Fasciola hepática*, 35-*Taenia saginata*, 36-*Cyclospora*, 37-*Giardia duodenalis*, 38-*Taenia solium*, 39-*Trichinella spiralis*, 40-*Balantidium coli*, 41-*Cryptosporidium*, 42-*Isospora belli*,43-*Trichuris trichiura*, 44-Uncinarias, 45-*Enterobius vermicularis*, 46-*Strongyloides stercolaris*, 47-*Hymenolepis nana*, 48-*Hymenolepis diminuta*, 49-*Dipylidium caninum*, 50-*Entamoeba hartamanni*, 51-*Entamoeba coli* , 52-*Endolimax nana* , 53-Iodamoeba *butschli* 54-*Chilomastix mesnili* , 55-*Trichomonas hominis* , 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluoruro,60-Plomo, 61-Estaño 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidróxido de sodio, 66-Organoclorados, 67-Carbamatos, 68-Acido okadaico, 69-Saxitoxina, 70-Alcaloides, 71-Hidrocarburo clorado, 72-Mercurio, 73 Fosfato de triortocresilo, 74- Glutamatomonosodico, 75-Micotinato sodico, 85- T-Cruzi, 86-Toxinas de algas marinas

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *
Departamento | Municipio | Código | Sub- Índice

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: IED Olga Emiliani

1.2 Nombre del evento *: ETA

Código del evento: 3 5 5

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 24 / 10 / 2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *
O RC O TI O CC O CE O PA O MS O AS O PE O CN O CD O SC O DE O PT

2.2 Número de identificación *: 1046728275

RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente: Sebastian Hernandez Danger

2.4 Teléfono *: 3021815450

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 01 / 01 / 2016

2.6 Edad *: 9

2.7 Unidad de medida de la edad *
O 1. Años O 3. Días O 5. Minutos
O 2. Meses O 4. Horas O 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombia — Código

2.9 Sexo *
O M. Hombre O I. Indeterminado
O F. Mujer

2.10 Identidad de género
O 1. Hombre O 3. Hombre trans O 5. Otra
O 2. Mujer O 4. Mujer trans Cuál otra? ____

2.11 Orientación sexual
O 1. Heterosexual O 3. Bisexual Cuál otra?
O 2. Gay/Lesbiana O 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Barranquilla — País

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Atlantico — Departamento | Municipio

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *
O 1. Cabecera municipal O 3. Rural disperso
O 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso: Metropolitana

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso — Código

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia — Código

2.19 Ocupación del paciente * (Escriba el nombre de la ocupación en la Base inferior) — Código

2.20 Tipo de régimen en salud *
O P. Excepción O C. Contributivo O N. No Asegurado
O E. Especial O S. Subsidiado O I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: Sura — Código

2.22 Pertenencia étnica * O 1. Indígena — Grupo étnica ____ O 2. Rom, Gitano O 3. Raizal O 4. Palenquero O 5. Negro, mulato afro colombiano O 6. Otro

2.23 Estrato

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes (Semanas de gestación) ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada
☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros (especifique cuál)

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente
O 1. Notificación rutinaria O 4. Búsqueda activa com.
O 2. Búsqueda activa inst. O 5. Investigaciones
O 3. Vigilancia intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Barranquilla / Atlantico / Colombia — País | Departamento | Municipio

3.3 Dirección de residencia *: Cra 4 # 45 - 165

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 24 / 10 / 2025

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

3.6 Clasificación inicial del caso *
O 1. Sospechoso O 3. Conf. por laboratorio
O 2. Probable O 4. Conf. Clínica
O 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *: O SI O No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

3.9 Condición final *
O 1. Vivo
O 2. Muerto
O 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *

3.14 Teléfono del profesional *

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso
O 0. No aplica O 4. Conf. Clínica O 6. Descartado O D. Descartado por error de digitación
O 1. Conf. por laboratorio O 5. Conf. nexo epidemiológico O 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

Correos: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
SEBASTIAN Hernandez Damian	RC	1046728275

5. DATOS CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

☐ 2. Náuseas	☐ 6. Calambres abdominales	☐ 10. Malgias	☐ 14. Escalofrío	☐ 19. Otros	
☐ 3. Vómito	☐ 7. Cefalea	☐ 11. Artralgias	☐ 15. Parestesias		
☐ 4. Diarrea	☐ 8. Deshidratación	☐ 12. Mareo	☐ 17. Sialorrea		
☐ 5. Fiebre	☐ 9. Ictericia	☐ 13. Lesiones maculopapulares	☐ 18. Espasmos musculares		

5.2 Si marcó otros, registre cuál _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas 03 Hora 50 Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas	6.2 Alimentos ingeridos el día anterior	6.3 Alimentos ingeridos dos días antes
Nombre del alimento: ____ Hora: ____ Minutos: ____	Nombre del alimento: ESTOFADO CARNE pollo Hora: 01 Minutos: 00	Nombre del alimento: ____ Hora: ____ Minutos: ____
Lugar del consumo: ____	Lugar del consumo: ____	Lugar del consumo: ____
Nombre del alimento: ____ Hora: ____ Minutos: ____	Nombre del alimento: ARROZ FIJEO Bolla MAIZ Hora: ____ Minutos: ____	Nombre del alimento: ____ Hora: ____ Minutos: ____
Lugar del consumo: ____	Lugar del consumo: ____	Lugar del consumo: ____
Nombre del alimento: ____ Hora: ____ Minutos: ____	Nombre del alimento: JUGO TAMARIND Hora: ____ Minutos: ____	Nombre del alimento: ____ Hora: ____ Minutos: ____
Lugar del consumo: ____	Lugar del consumo: ____	Lugar del consumo: ____

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado I.E.D Olga Cuellar

7.2 Dirección _____

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

8.1 ¿Caso asociado a un brote?	8.2 ¿Caso captado por	8.3 Relación con la exposición
✓ 1. SI ○ 2. No	○ 1. UPGD ✓ 2. Búsqueda	✓ 1. Comensal ○ 2. Manipulador

9. LABORATORIO

9.1 ¿Se recolectó muestra biológica?	9.2 Tipo de muestra	9.2.1 ¿Cuál?
○ 1. Sí ○ 2. No	☐ 1. Heces ☐ 2. Vómito ☐ 3. Sangre ☐ 4. Otra	_____

9.3 Agente Identificado	9.4 Agente Identificado	9.5 Agente Identificado	9.6 Agente Identificado	Si marco 77 Otro. Cuál otro?
Código ____ 1	Código ____ 2	Código ____ 3	Código ____ 4	_____

Agentes
77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-*Bacillus cereus*,4-*Bacillus anthracis*, 5-*Staphylococcus aureus*,6-*Streptococcus* sp, 7-*Clostridium perfringens*, -*Aeromonas hydrophila*, 9-*Campylobacter jejuni* , 11–*Escherichia coli*,12–*Shigella* sp, 13-*Salmonella* spp, 14-*Salmonella* Typhi, 15-*Salmonella* Paratyphi, 16-*Clostridiumbotulinum*17-*Vibrio* sp, 18-*Vibrio parahaemolyticus*, 19-*Brucella abortus*, 20-*Mycobacterium bovis*, 21-*Listeria monocytogenes*, 22-*Proteus* sp, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 32-*Ascaris lumbricoides*, 33-*Complejo Entamoeba histolyticaldispar*, 34-*Fasciola hepática*, 35-*Taenia saginata*, 36-*Cyclospora*, 37-*Giardia duodenalis*, 38-*Taenia solium*, 39-*Trichinella spiralis*, 40-*Balantidium coli*, 41-*Cryptosporidium*, 42-*Isospora belli*,43-*Trichuris trichiura*, 44-Uncinarias, 45-*Enterobius vermicularis*, 46-*Strongyloides stercolaris*, 47-*Hymenolepis nana*, 48-*Hymenolepis diminuta*, 49-*Dipylidium caninum*, 50-*Entamoeba hartamanni*, 51-*Entamoeba coli* , 52-*Endolimax nana* , 53-*Iodamoeba butschli* 54-*Chilomastix mesnil* , 55-*Trichomonas hominis* , 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluoruro,60-Plomo, 61-Estaño 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidroxido de sodio, 66-Organofosforados, 67-Carbamatos, 68-Acido okadaico, 69-Saxitoxina, 70-Alcaloides, 71-Hidrocarburo clorado, 72-Mercurio, 73 Fosfato de triortocresilo, 74- Glutamatomonosodico, 75-Micofenalo sódico, 85- T-Cruzi, 86-Toxinas de algas marinas

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1288/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD * (Departamento | Municipio | Código | Sub- índice)

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: IED Olga Emiliani

1.2 Nombre del evento *: ETA

Código del evento: 355

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 24/10/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *: ○ RC ○ TI ○ CC ○ CE ○ PA ○ MS ○ AS ○ PE ○ CN ○ CD ○ SC ○ DE ○ PT

2.2 Número de identificación *: 1044631912

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: ADRES FELIPE MORAES ACOSTA

2.4 Teléfono *: 3043727216

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/11/2008

2.6 Edad *: 16

2.7 Unidad de medida de la edad *: ○ 1. Años ○ 2. Meses ○ 3. Días ○ 4. Horas ○ 5. Minutos ○ 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombia (Código)

2.9 Sexo *: ○ M. Hombre ○ F. Mujer ○ I. Indeterminado

2.10 Identidad de género: ○ 1. Hombre ○ 2. Mujer ○ 3. Hombre trans ○ 4. Mujer trans ○ 5. Otra ○ Cuál otra? _____

2.11 Orientación sexual: ○ 1. Heterosexual ○ 2. Gay/Lesbiana ○ 3. Bisexual ○ 4. Otra ○ Cuál otra? _____

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Barranquilla (País)

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Atlántico (Departamento | Municipio)

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *: ○ 1. Cabecera municipal ○ 2. Centro poblado ○ 3. Rural disperso

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso: Metropolitana

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso (Código)

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia (Código)

2.19 Ocupación del paciente * (Escribe el nombre de la ocupación en la línea inferior) (Código)

2.20 Tipo de régimen en salud *: ○ P. Excepción ○ C. Contributivo ○ N. No Asegurado ○ E. Especial ○ S. Subsidiado ○ I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: Sura (Código)

2.22 Pertenencia étnica *: ○ 1. Indígena Grupo étnico _____ ○ 2. Rom, Gitano ○ 3. Raizal ○ 4. Palenquero ○ 5. Negro, mulato afro colombiano ○ 6. Otro

2.23 Estrato

2.24 Selecciona los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *

☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada
☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente: ○ 1. Notificación rutinaria ○ 2. Búsqueda activa inst. ○ 3. Vigilancia intensificada ○ 4. Búsqueda activa com. ○ 5. Investigaciones

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Barranquilla / Atlántico / Colombia (País | Departamento | Municipio)

3.3 Dirección de residencia *: Cra 4 # 45-165

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.6 Clasificación inicial de caso *: ○ 1. Sospechoso ○ 2. Probable ○ 3. Conf. por laboratorio ○ 4. Conf. Clínica ○ 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *: ○ SI ○ No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa):

3.9 Condición final *: ○ 1. Vivo ○ 2. Muerto ○ 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa):

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *

3.14 Teléfono del profesional *

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso: ○ 0. No aplica ○ 3. Conf. por laboratorio ○ 4. Conf. Clínica ○ 5. Conf. nexo epidemiológico ○ 6. Descartado ○ 7. Otra actualización ○ D. Descartado por error de digitación

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa):

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
Andrés Felipe Morales Acosta	TI	1044631912

5. DATOS CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

- ☐ 2. Náuseas
- ☐ 3. Vómito
- ☐ 4. Diarrea
- ☐ 5. Fiebre
- ☐ 6. Calambres abdominales
- ☐ 7. Cefalea
- ☐ 8. Deshidratación
- ☐ 9. Cianosis
- ☐ 10. Mialgias
- ☐ 11. Artralgias
- ☐ 12. Mareo
- ☐ 13. Lesiones maculopapulares
- ☐ 14. Escalofrío
- ☐ 16. Parestesias
- ☐ 17. Sialorrea
- ☐ 18. Espasmos musculares
- ☐ 19. Otros

5.2 Si marcó otros, registra cuál _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas 05 Hora 40 Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas	6.2 Alimentos ingeridos el día anterior	6.3 Alimentos ingeridos dos días antes
Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: ESTOFADO CARNE PALOMITO Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: ARROZ FRIJOL BOLA Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: JUGO TAMARINDO Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado IED Olga Auxiliadora

7.2 Dirección _____

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

8.1 ¿Caso asociado a un brote?	8.2 ¿Caso captado por	8.3 Relación con la exposición
✓ 1. SI ○ 2. No	○ 1. UPGD ✓ 2. Búsqueda	✓ 1. Comensal ○ 2. Manipulador

9. LABORATORIO

9.1 ¿Se recolectó muestra biológica? ○ 1. SI ○ 2. No

9.2 Tipo de muestra ☐ 1. Heces ☐ 2. Vómito ☐ 3. Sangre ☐ 4. Otra

9.2.1 ¿Cuál? _____

9.3 Agente Identificado	9.4 Agente Identificado	9.5 Agente Identificado	9.6 Agente Identificado	Si marco 77 Otro: Cuál otro?
Código: _____ 1	Código: _____ 2	Código: _____ 3	Código: _____ 4	_____

Agentes
77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-*Bacillus cereus*,4-*Bacillus anthracis*, 5-*Staphylococcus aureus*,6-*Streptococcus sp*, 7-*Clostridium perfringens*, 8-*Aeromonas hydrophila*, 9-*Campylobacter jejuni* , 11–*Escherichia coli*,12–*Shigella sp*, 13-*Salmonella spp*, 14-*Salmonella* Typhi, 15-*Salmonella* Paratyphi, 16-*Clostridiumbotulinum*17-*Vibrio sp*, 18-*Vibrio parahaemolyticus*, 19-*Brucella abortus*, 20-*Mycobacterium bovis*, 21-*Listeria monocytogenes*, 22-*Proteus sp*, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 32-*Ascaris lumbricoides*, 33-Complejo *Entamoeba histolytica/dispar*, 34-*Fasciola hepática*, 35-*Taenia saginata*, 36-*Cyclospora*, 37-*Giardia duodenalis*, 38-*Taenia solium*, 39-*Trichinella spiralis*, 40-*Balantidium coli*, 41-*Cryptosporidium*, 42-*Isospora belli*,43-*Trichuris trichiura*, 44-Uncinarias, 45-*Enterobius vermicularis*, 46-*Strongyloides stercolaris*, 47-*Hymenolepis nana*, 48-*Hymenolepis diminuta*, 49-*Dipylidium caninum*, 50-*Entamoeba hartamanni*, 51-*Entamoeba coli* , 52-*Endolimax nana* , 53-*Iodamoeba butschli* 54-*Chilomastix mesnili* , 55-*Trichomonas hominis* , 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluoruro,60-Plomo, 61-Estaño 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidroxido de sodio, 66-Organofosforados, 67-Carbamatos, 68-Acido okadaico, 69-Saxitoxina, 70-Alcaloides, 71-Hidrocarburo clorado, 72-Mercurio, 73 Fosfato de triortocresilo, 74- Glutamatomonosodico, 75-Micofinato sódico, 85- T-Cruzi, 86-Toxinas de algas marinas

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1272/09 y 1295/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD * (Departamento | Municipio | Código | Sub- índice)

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: IED Olga Emiliani

1.2 Nombre del evento *: ETA

Código del evento: 355

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 24/10/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *: ○ RC ● TI ○ CC ○ CE ○ PA ○ MS ○ AS ○ PE ○ CN ○ CD ○ SC ○ DE ○ PT

2.2 Número de identificación *: 1043688882

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: Breilis De la Hoz Martinez APARICIO

2.4 Teléfono *: 3014522010

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/05/2012

2.6 Edad *: 13

2.7 Unidad de medida de la edad *: ● 1. Años ○ 3. Días ○ 5. Minutos ○ 2. Meses ○ 4. Horas ○ 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombia — Código

2.9 Sexo *: ○ M. Hombre ○ I. Indeterminado ● F. Mujer

2.10 Identidad de género: ○ 1. Hombre ○ 3. Hombre trans ○ 5. Otra ● 2. Mujer ○ 4. Mujer trans Cuál otra?

2.11 Orientación sexual: ○ 1. Heterosexual ○ 3. Bisexual Cuál otra? ○ 2. Gay/Lesbiana ○ 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Barranquilla — País

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Atlantico — Departamento | Municipio

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *: ○ 1. Cabecera municipal ○ 3. Rural disperso ○ 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso: Metropolitana

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso — Código

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia — Código

2.19 Ocupación del paciente * (Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior) — Código

2.20 Tipo de régimen en salud *: ○ P. Excepción ● C. Contributivo ○ N. No Asegurado ○ E. Especial ○ S. Subsidiado ○ I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: S/Hotel — Código

2.22 Pertenencia étnica *: ○ 1. Indígena Grupo étnico ○ 2. Rom, Gitano ○ 3. Raizal ○ 4. Palenquero ○ 5. Negro, mulato afro colombiano ○ 6. Otro

2.23 Estrato

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *: ☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes (Semanas de gestación) ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente: ○ 1. Notificación rutinaria ○ 4. Búsqueda activa com. ○ 2. Búsqueda activa Inst. ○ 5. Investigaciones ○ 3. Vigilancia intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Barranquilla / Atlantico / Colombia — País | Departamento | Municipio

3.3 Dirección de residencia *: Cra 4 # 45-165

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.6 Clasificación inicial del caso *: ○ 1. Sospechoso ○ 3. Conf. por laboratorio ○ 2. Probable ○ 4. Conf. Clínica ○ 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *: ○ SI ○ No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa):

3.9 Condición final *: ○ 1. Vivo ○ 2. Muerto ○ 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa):

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *

3.14 Teléfono del profesional *

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso: ○ 0. No aplica ○ 4. Conf. Clínica ○ 6. Descartado ○ D. Descartado por error de digitación ○ 3. Conf. por laboratorio ○ 5. Conf. nexo epidemiológico ○ 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa):

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1288/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
BRAYAN DE LA HOZ MARTINEZ APARICIO	TI	1043688882

5. DATOS CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

- ☐ 2. Náuseas
- ☐ 3. Vómito
- ☐ 4. Diarrea
- ☐ 5. Fiebre
- ☐ 6. Calambres abdominales
- ☐ 7. Cefalea
- ☐ 8. Deshidratación
- ☐ 9. Cianosis
- ☐ 10. Mialgias
- ☐ 11. Artralgias
- ☐ 12. Mareo
- ☐ 13. Lesiones maculopapulares
- ☐ 14. Escalofrío
- ☐ 16. Parestesias
- ☐ 17. Sialorrea
- ☐ 18. Espasmos musculares
- ☐ 19. Otros

5.2 Si marcó otros, registre cuál _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas 18 Hora 00 Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas	6.2 Alimentos ingeridos el día anterior	6.3 Alimentos ingeridos dos días antes
Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:	Nombre del alimento: ESTOFADO CARNE RES/POLLO Hora: 01 : Minutos: 00	Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:
Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:	Nombre del alimento: ARROZ BLANCO Hora: 01 : Minutos: 00	Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:
Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:	Nombre del alimento: JUGO TAMARINDO Hora: 01 : Minutos: 00	Nombre del alimento: _____ Hora: : Minutos:
Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____	Lugar del consumo: _____

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado I.E.D Olga Emiliani

7.2 Dirección _____

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

8.1 ¿Caso asociado a un brote?	8.2 ¿Caso captado por	8.3 Relación con la exposición
✓ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. UPGD ✓ 2. Búsqueda	✓ 1. Comensal ○ 2. Manipulador

9. LABORATORIO

9.1 ¿Se recolectó muestra biológica? ○ 1. Sí ○ 2. No

9.2 Tipo de muestra ☐ 1. Heces ☐ 2. Vómito ☐ 3. Sangre ☐ 4. Otra

9.2.1 ¿Cuál? _____

9.3 Agente Identificado	9.4 Agente Identificado	9.5 Agente Identificado	9.6 Agente identificado	Si marco 77 Otro: Cuál otro?
Código: 1	Código: 2	Código: 3	Código: 4	

Agentes
77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-*Bacillus cereus*,4-*Bacillus anthracis*, 5-*Staphylococcus aureus*,6-*Streptococcus sp*, 7-*Clostridium perfringens*, -*Aeromonas hydrophila*, 9-*Campylobacter jejuni* , 11–*Escherichia coli*,12–*Shigella sp*, 13-*Salmonella spp*, 14-*Salmonella* Typhi, 15-*Salmonella* Paratyphi, 16-*Clostridiumbotulinum*17-*Vibrio sp*, 18-*Vibrio parahaemolyticus*, 19-*Brucella abortus*, 20-*Mycobacterium bovis*, 21-*Listeria monocytogenes*, 22-*Proteus sp*, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 32-*Ascaris lumbricoides*, 33-Complejo *Entamoeba histolytica/dispar*, 34-*Fasciola hepática*, 35-*Taenia saginata*, 36-*Cyclospora*, 37-*Giardia duodenalis*, 38-*Taenia solium*, 39-*Trichinella spiralis*, 40-*Balantidium coli*, 41-*Cryptosporidium*, 42-*Isospora belli*,43-*Trichuris trichiura*, 44-Uncinarias, 45-*Enterobius vermicularis*, 46-*Strongyloides stercolaris*, 47-*Hymenolepis nana*, 48-*Hymenolepis diminuta*, 49-*Dipylidium caninum*, 50-*Entamoeba hartamanni*, 51-*Entamoeba coli* , 52-*Endolimax nana* , 53-Iodamoeba *butschli* 54-*Chilomastix mesnil* , 55-*Trichomonas hominis* , 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluoruro,60-Plomo, 61-Estaño 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidroxido de sodio, 66-Organofosforados, 67-Carbamatos, 68-Acido oxalaico, 69-Saxitoxina, 70-Alcaloides, 71-Hidrocarburo clorado, 72-Mercurio, 73 Fostato de triortocresilo, 74- Glutamatomonosodico, 75-Micofinato sódico, 85- T-Cruzi, 86-Toxinas de algas marinas

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *
Departamento | Municipio | Código | Sub-Índice

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: IED Olga Emiliani

1.2 Nombre del evento *: ETA

Código del evento: 355

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 24/10/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *
O RC ✓ TI O CC O CE O PA O MS O AS O PE O CN O CD O SC O DE O PT

2.2 Número de identificación *: 1048298191

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: DIEGO CASTAÑEDA MUÑA

2.4 Teléfono *: 3017060299

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 06/09/2010

2.6 Edad *: 15

2.7 Unidad de medida de la edad *
✓ 1. Años O 3. Días O 5. Minutos
O 2. Meses O 4. Horas O 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombia — Código

2.9 Sexo *
✓ M. Hombre O I. Indeterminado
O F. Mujer

2.10 Identidad de género
✓ 1. Hombre O 3. Hombre trans O 5. Otra
O 2. Mujer O 4. Mujer trans Cuál otra? _____

2.11 Orientación sexual
O 1. Heterosexual O 3. Bisexual Cuál otra?
O 2. Gay/Lesbiana O 4. Otra _____

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Barranquilla — País

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Atlántico — Departamento | Municipio

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *
O 1. Cabecera municipal O 3. Rural disperso
O 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso: Metropolitana

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso Código

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia Código

2.19 Ocupación del paciente * (Escribe el nombre de la ocupación en la línea inferior) Código

2.20 Tipo de régimen en salud *
O P. Excepción ✓ C. Contributivo O N. No Asegurado
O E. Especial O S. Subsidiado O I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: N/EPS — Código

2.22 Pertenencia étnica * O 1. Indígena Grupo étnico _____ O 2. Rom, Gitano O 3. Raizal O 4. Palenquero O 5. Negro, mulato afro colombiano O 6. Otro

2.23 Estrato

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes (Semanas de gestación) ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada
☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente
O 1. Notificación rutinaria O 4. Búsqueda activa com.
O 2. Búsqueda activa Inst. O 5. Investigaciones
O 3. Vigilancia intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Barranquilla / Atlántico / Colombia — País | Departamento | Municipio

3.3 Dirección de residencia *: Cra 4 # 45 - 165

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): 24/10/2025

3.6 Clasificación inicial de caso *
O 1. Sospechoso O 3. Conf. por laboratorio
O 2. Probable O 4. Conf. Clínica
O 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *
O SI O No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

3.9 Condición final *
O 1. Vivo
O 2. Muerto
O 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *

3.14 Teléfono del profesional *

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso
O 0. No aplica O 4. Conf. Clínica O 6. Descartado O D. Descartado por error de digitación
O 3. Conf. por laboratorio O 5. Conf. nexo epidemiológico O 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

Correos: sivigila@ins.gov.co

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/08

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
DIEGO CASTAÑEDA MUZA		1048208191

5. DATOS CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

- ☐ 1. Fiebre
- ☒ 2. Náuseas
- ☒ 3. Vómito
- ☒ 4. Diarrea
- ☐ 5. Calambres abdominales
- ☐ 6. Cefalea
- ☐ 7. Deshidratación
- ☐ 8. Cianosis
- ☐ 9. Mialgias
- ☐ 10. Artralgias
- ☐ 11. Mareo
- ☐ 12. Lesiones maculopapulares
- ☐ 13. Escalofrío
- ☐ 14. Parestesias
- ☐ 15. Sialorrea
- ☐ 16. Espasmos musculares
- ☐ 17. Otros

5.2 Si marcó otros, registre cuál _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas 20 Hora : 10 Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas	6.2 Alimentos ingeridos el día anterior	6.3 Alimentos ingeridos dos días antes
Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: ESTOFADO CARNE PALOMA Hora: 01 Minutos: 00 Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: ARROZ FRITO BOLEMAN Hora: 01 Minutos: 00 Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____
Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: JUGO TAMARINDO Hora: 01 Minutos: 00 Lugar del consumo: _____	Nombre del alimento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Lugar del consumo: _____

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado IED Olga Cuellar

7.2 Dirección Cra 4 # 45-165

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

8.1 ¿Caso asociado a un brote?	8.2 ¿Caso captado por	8.3 Relación con la exposición
~~O 1. SI~~ O 2. No	O 1. UPGD ~~O 2. Búsqueda~~	~~O 1. Comensal~~ O2. Manipulador

9. LABORATORIO

9.1 ¿Se recolectó muestra biológica?	9.2 Tipo de muestra	9.2.1 ¿Cuál?
O 1. SI O 2. No	☐1. Heces ☐2. Vómito ☐3. Sangre ☐4. Otra	

9.3 Agente identificado	9.4 Agente identificado	9.5 Agente identificado	9.6 Agente identificado	Si marco 77 Otro: Cuál otro?
Código 1	Código 2	Código 3	Código 4	

Agentes
77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-*Bacillus cereus*,4-*Bacillus anthracis*, 5-*Staphylococcus aureus*,6-*Streptococcus sp*, 7-*Clostridium perfringens*, -*Aeromonas hydrophila*, 9-*Campylobacter jejuni* , 11–*Escherichia coli*,12–*Shigella sp*, 13-*Salmonella spp*, 14-*Salmonella* Typhi, 15-*Salmonella* Paratyphi, 16-*Clostridiumbotulinum*17-*Vibrio sp*, 18-*Vibrio parahaemolyticus*, 19-*Brucella abortus*, 20-*Mycobacterium bovis*, 21-*Listeria monocytogenes*, 22-*Proteus sp*, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 32-*Ascaris lumbricoides*, 33-Complejo *Entamoeba histolytica/dispar*, 34-*Fasciola hepática*, 35-*Taenia saginata*, 36-*Cyclospora*, 37-*Giardia duodenalis*, 38-*Taenia solium*, 39-*Trichinella spiralis*, 40-*Balantidium coli*, 41-*Cryptosporidium*, 42-*Isospora belli*,43-*Trichuris trichiura*, 44-Uncinarias, 45-*Enterobius vermicularis*, 46-*Strongyloides stercolaris*, 47-*Hymenolepis nana*, 48-*Hymenolepis diminuta*, 49-*Dipylidium caninum*, 50-*Entamoeba hartamanni*, 51-*Entamoeba coli* , 52-*Endolimax nana* , 53-*Iodamoeba butschlii* 54-*Chilomastix mesnili* , 55-*Trichomonas hominis* 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluoruro 60-Plomo, 61-Estaño 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidroxido de

Scanned with CamScanner

LABORATORIO DE SALUD PUBLICA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
Calle 75 # 72 - 140
Teléfono: 3307000
www.atlantico.gov.co
laboratorio@atlantico.gov.co

INFORME DE RESULTADOS - LAB-008

RADICADO NO. 2025-4267

FECHA DEL INFORME	27 DE OCTUBRE DE 2025 A LAS 03:47 PM

DATOS GENERALES

Nº DE RADICACION	2025-4267	**FECHA DE RECIBO**	6 DE OCTUBRE DE 2025 A LAS 03:20 PM
FECHA DE ACEPTACION	6 DE OCTUBRE DE 2025 A LAS 04:02 PM	**FECHA DE PROCESO**	9 DE OCTUBRE DE 2025 A LAS 04:02 PM
TIPO DE MUESTRA	ASPIRADO	**AREA**	MICROBIOLOGIA CLINICA

NOMBRES	ALANA SOFIA	**APELLIDOS**	MONTAÑA ARAUJO	**DOCUMENTO ID**	RC 1240704378	**EDAD**	3 MESES
SEXO	FEMENINO	**EMBARAZADA**	No	**DIRECCION**	PALERMO	**EPS-PLAN**	COOSALUD

LUGAR DE PROCEDENCIA / OCURRENCIA

DEPARTAMENTO	MAGDALENA	**MUNICIPIO**	PALERMO	**BARRIO**	PALERMO

LUGAR DE RECOLECCION

INSTITUCIÓN	CAMINO SIMON BOLIVAR	**DEPARTAMENTO**	ATLANTICO	**MUNICIPIO**	BARRANQUILLA

PROPÓSITO GÉNERAL DE LA PRUEBA	APOYO A LA VIGILANCIA DE LA PATOLOGÍA DE INTERES EN SALUD PUBLICA

EMISIÓN DE RESULTADOS

PRUEBA	RESULTADO	MÉTODO UTILIZADO	OBJETO DE LA PRUEBA
DETECCION DE ADN BORDETELLA HOLMESII	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA PARAPERTUSSIS	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA PERTUSSIS	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA SP	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII

TEMPERATURA DE PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA	22,0 ºC

LDSP-19
ANALISTA

LDSP-07
RESPONSABLE TECNICO

REVISO-AUTORIZO

FIN DEL INFORME

El resultado emitido corresponde únicamente al obtenido por el análisis de la(s) muestra(s) recibida(s) para estudio, identificada(s) como se especifica en el contenedor de la(s) misma(s) y la solicitud de servicio respectiva. El Laboratorio Departamental de Salud Pública del Atlántico no puede responsabilizarse del cumplimiento de las condiciones pre-analíticas de pertinencia en toma de muestra o muestreo según aplique, identificación, almacenamiento y transporte. No está permitido reproducir parcialmente o totalmente el informe de resultados sin la aprobación escrita de la Dirección del Laboratorio.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA GOBERNACION DEL ATLANTICO. PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DE LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

Salud

VISUALIZACIÓN
DETALLE DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
(No válido para trámites legales)

NÚMERO DE CERTIFICADO: 25106120242661

I. INFORMACIÓN GENERAL

2. Lugar donde ocurrió la defunción

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

3. Área donde ocurrió la defunción

Área	Centro poblado
CABECERA MUNICIPAL	

4. Sitio donde ocurrió la defunción: HOSPITAL/CLÍNICA

Otro cúal?

5. Institución de salud

Código	Razón Social
080010445401	CAMINO NUEVO BARRANQUILLA

6. Tipo de defunción	7. Fecha en que ocurrió la defunción	8. Hora en que ocurrió la defunción
NO FETAL	2025-10-03	21:50:00

9. País de nacimiento del fallecido: VENEZUELA

Identificación de la Fallecido

10. Tipo de documento	11. Número de documento
PT	6302168

12. Apellido(s) y nombre(s) de la Fallecido (tal como figuran en el documento de identidad)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
UGARTE		MADRILENA	JOSEFINA

13. Sexo del fallecido: FEMENINO

14. Fecha de nacimiento del fallecido: 1986-05-11

15. Estado conyugal del fallecido: ESTABA SOLTERO(A)

16. Tipo de edad del fallecido: DE UN AÑO O MAS (EN AÑOS CUMPLIDOS)

Edad: 39

17. Último año de estudios que aprobó el fallecido: BÁSICA SECUNDARIA

¿Último año aprobado?: 9

18.La ocupación pudo ser causa o estar asociada con la defunción

Defunción asociada	Opciones	Ocupación habitual	Ocupación para obtener ingresos
NO		OTRO TRABAJO	

19. De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía como

Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
NINGUNO DE LOS ANTERIORES	

20. Lugar de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año, el de la madre)

País residencia	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

21. Área de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año, el de la madre)

Área de residencia	Barrio	Dirección
CABECERA MUNICIPAL	SAN ROQUE	CL 37 # 33 191

Localidad o Comuna	Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)	Vereda
COMUNA 01		

22. Régimen de seguridad social en salud del fallecido: SUBSIDIADO

23. Entidad administradora de salud a la que perteneció el fallecido: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO

24. Probable manera de muerte: NATURAL

25. Certificado de defunción expedido por: MÉDICO TRATANTE

II. DEFUNCIONES FETALES O MENORES DE UN AÑO

Salud

VISUALIZACIÓN
DETALLE DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
(No válido para trámites legales)

NÚMERO DE CERTIFICADO: 25106120242661

26. La muerte fetal o del menor de un año ocurrió con relación al parto	**27. Tipo de parto –el feto o el menor de un año fallecido nació por parto**
28. Multiplicidad –el feto o el menor de un año fallecido nació de un embarazo	**29. Tiempo de gestación del feto o del menor de un año fallecido**
30. Peso al nacer del feto o del menor de un año fallecido (doble digitación)	**31. País de nacimiento de la madre del fallecido**

Identificación de la madre del fallecido

32. Tipo de documento	33. Número de documento	34. Apellido(s) y nombre(s) de la madre del fallecido (tal como figuran en el documento de identidad)			
		Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

35. Edad de la madre	**36. Número de hijos nacidos vivos y nacidos muertos de la madre(incluyendo el presente)** Nacidos vivos / Nacidos muertos
37. Estado conyugal de la madre	**38. Último año de estudios que aprobó la madre** **¿Último año aprobado?**
39. Régimen de seguridad social en salud de la madre del fallecido	**40. Entidad administradora de la madre del fallecido**

III. DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FERTIL

41. ¿Estuvo embarazada? NO	**42. ¿El embarazo contribuyo a la muerte?**

IV. MUERTES NO NATURALES

43. Probable manera de muerte no natural

44. ¿Cómo ocurrió el hecho?

45. Lugar o dirección de ocurrencia del hecho

Departamento	Municipio	Localidad o Comuna

Dirección de ocurrencia del hecho

V.ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

46. ¿Se realizó una cirugía en las últimas 4 semanas? NO	**47. Fecha en la que se practicó la cirugía**

48. Motivo de la cirugía (Explique la razón de la cirugía enfermedad-condición)

VI.CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

49. ¿Como determinó la causa de muerte? NECROPSIA MÉDICO LEGAL: ___ NECROPSIA CLÍNICA: ___ HISTORIA CLÍNICA: _X_ PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: ___ INTERROGATORIO FAMILIARES: _X_ VIGILANCIA DEMOGRÁFICA: ___	**50. ¿Recibió asistencia médica durante el proceso que lo llevó a la muerte?** SI

Salud

VISUALIZACIÓN
DETALLE DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
(No válido para trámites legales)

NÚMERO DE CERTIFICADO: 25106120242661

51. Causas de la defunción (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

Causa A		
Diagnóstico	**Tiempo medida**	**Tiempo valor**
ANOXIA ANÓXICA O CHOQUE SÉPTICO	MINUTOS	20
Causa B		
Diagnóstico	**Tiempo medida**	**Tiempo valor**
SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA O SEPTICEMIA DE ORIGEN PULMONAR	HORAS	23
Causa C		
Diagnóstico	**Tiempo medida**	**Tiempo valor**
TUBERCULOSIS PULMONAR SIN CONFIRMACION BACTERIOLOGICA	MESES	4
Causa D		
Diagnóstico	**Tiempo medida**	**Tiempo valor**
Otros Estados Patológicos		
Diagnóstico	**Tiempo medida**	**Tiempo valor**
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA		
Otros Estados Patológicos		
Diagnóstico	**Tiempo medida**	**Tiempo valor**

52. Muerte sin certificación médica (Certificado expedido por personal de salud autorizado (Enfermero(a), auxiliar de enfermeria, promotor(a) de salud)

VII.DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Identificación del certificador		**55. Apellido(s) y nombre(s) del certificador**			
53. Tipo de documento	**54. Número de documento**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**	**Primer nombre**	**Segundo nombre**
CC	1001941259	OSPINO	GOMEZ	ANDRES	CAMILO

56. Profesión de quien certifica la defunción	**57. Registro profesional**
MÉDICO	1001941259

58. Lugar y fecha de expedición del certificado		
Departamento	**Municipio**	**Fecha**
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	2025-10-03

LABORATORIO DE SALUD PUBLICA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
Calle 75 # 72 - 140
Teléfono: 3307000
www.atlantico.gov.co
laboratorio@atlantico.gov.co

INFORME DE RESULTADOS - LAB-008

RADICADO NO. 2025-6344

FECHA DEL INFORME	10 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 12:24 PM

DATOS GENERALES

Nº DE RADICACION	2025-6344	**FECHA DE RECIBO**	4 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 03:28 PM
FECHA DE ACEPTACION	5 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 10:16 AM	**FECHA DE PROCESO**	6 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 10:16 AM
TIPO DE MUESTRA	ASPIRADO	**AREA**	MICROBIOLOGIA CLINICA

NOMBRES	NAOMI SOFIA	**APELLIDOS**	CARABALLO PEREZ	**DOCUMENTO ID**	RC 1240503113	**EDAD**	3 MESES
SEXO	FEMENINO	**EMBARAZADA**	No	**DIRECCION**	DIAGONAL 69 D # 9J-06	**EPS-PLAN**	COOSALUD

LUGAR DE PROCEDENCIA / OCURRENCIA

DEPARTAMENTO	ATLANTICO	**MUNICIPIO**	BARRANQUILLA	**BARRIO**	EL BOSQUE

LUGAR DE RECOLECCION

INSTITUCIÓN	DISTRITO- CAMINO CIUDADELA 20 JULIO	**DEPARTAMENTO**	ATLANTICO	**MUNICIPIO**	BARRANQUILLA

PROPÓSITO GÉNERAL DE LA PRUEBA	APOYO A LA VIGILANCIA DE LA PATOLOGÍA DE INTERES EN SALUD PUBLICA

EMISIÓN DE RESULTADOS

PRUEBA	RESULTADO	MÉTODO UTILIZADO	OBJETO DE LA PRUEBA
DETECCION DE ADN BORDETELLA HOLMESII	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA PARAPERTUSSIS	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA PERTUSSIS	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA SP	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII

TEMPERATURA DE PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA	22,0 ºC

LDSP-19
ANALISTA

LDSP-07
RESPONSABLE TECNICO

REVISO-AUTORIZO

FIN DEL INFORME

El resultado emitido corresponde únicamente al obtenido por el análisis de la(s) muestra(s) recibida(s) para estudio, identificada(s) como se especifica en el contenedor de la(s) misma(s) y la solicitud de servicio respectiva. El Laboratorio Departamental de Salud Pública del Atlántico no puede responsabilizarse del cumplimiento de las condiciones pre-analíticas de pertinencia en toma de muestra o muestreo según aplique, identificación, almacenamiento y transporte. No está permitido reproducir parcialmente o totalmente el informe de resultados sin la aprobación escrita de la Dirección del Laboratorio.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA GOBERNACION DEL ATLANTICO. PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DE LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

LABORATORIO DE SALUD PUBLICA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
Calle 75 # 72 - 140
Teléfono: 3307000
www.atlantico.gov.co
laboratorio@atlantico.gov.co

INFORME DE RESULTADOS - LAB-008

RADICADO NO. 2025-6345

FECHA DEL INFORME	10 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 09:33 AM

DATOS GENERALES

Nº DE RADICACION	2025-6345	**FECHA DE RECIBO**	4 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 03:34 PM
FECHA DE ACEPTACION	5 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 10:27 AM	**FECHA DE PROCESO**	6 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 10:27 AM
TIPO DE MUESTRA	ASPIRADO	**AREA**	MICROBIOLOGIA CLINICA

NOMBRES	WILFRED DE JESUS	**APELLIDOS**	GONZALEZ DE LA CRUZ	**DOCUMENTO ID**	RC 1240704545	**EDAD**	2 MESES
SEXO	MASCULINO	**DIRECCION**	CALLE 11 # 20-02	**EPS-PLAN**	CAJACOPI		

LUGAR DE PROCEDENCIA / OCURRENCIA

DEPARTAMENTO	ATLANTICO	**MUNICIPIO**	BARRANQUILLA	**BARRIO**	LA LUZ

LUGAR DE RECOLECCION

INSTITUCIÓN	DISTRITO CAMINO SIMON BOLIVAR	**DEPARTAMENTO**	ATLANTICO	**MUNICIPIO**	BARRANQUILLA

PROPÓSITO GÉNERAL DE LA PRUEBA	APOYO A LA VIGILANCIA DE LA PATOLOGÍA DE INTERES EN SALUD PUBLICA

EMISIÓN DE RESULTADOS

PRUEBA	RESULTADO	MÉTODO UTILIZADO	OBJETO DE LA PRUEBA
DETECCION DE ADN BORDETELLA HOLMESII	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA PARAPERTUSSIS	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA PERTUSSIS	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA SP	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII

TEMPERATURA DE PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA	22,0 ºC

LDSP-19
ANALISTA

LDSP-07
RESPONSABLE TECNICO

REVISO-AUTORIZO

FIN DEL INFORME

El resultado emitido corresponde únicamente al obtenido por el análisis de la(s) muestra(s) recibida(s) para estudio, identificada(s) como se especifica en el contenedor de la(s) misma(s) y la solicitud de servicio respectiva. El Laboratorio Departamental de Salud Pública del Atlántico no puede responsabilizarse del cumplimiento de las condiciones pre-analíticas de pertinencia en toma de muestra o muestreo según aplique, identificación, almacenamiento y transporte. No está permitido reproducir parcialmente o totalmente el informe de resultados sin la aprobación escrita de la Dirección del Laboratorio.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA GOBERNACION DEL ATLANTICO. PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DE LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

LABORATORIO DE SALUD PUBLICA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

Calle 75 # 72 - 140
Teléfono: 3307000
www.atlantico.gov.co
laboratorio@atlantico.gov.co

INFORME DE RESULTADOS - LAB-008

RADICADO NO. 2025-6251

FECHA DEL INFORME	30 DE OCTUBRE DE 2025 A LAS 03:54 PM

DATOS GENERALES

Nº DE RADICACION	2025-6251	**FECHA DE RECIBO**	29 DE OCTUBRE DE 2025 A LAS 09:31 AM
FECHA DE ACEPTACION	29 DE OCTUBRE DE 2025 A LAS 09:57 AM	**FECHA DE PROCESO**	30 DE OCTUBRE DE 2025 A LAS 09:57 AM
TIPO DE MUESTRA	ASPIRADO	**AREA**	MICROBIOLOGIA CLINICA

NOMBRES	ALANNA MICHELL	**APELLIDOS**	DOMINGUEZ RICO	**DOCUMENTO ID**	RC 1143274702	**EDAD**	3 AÑOS
SEXO	FEMENINO	**EMBARAZADA**	No	**DIRECCION**	CARRERA 13 N 112-25	**EPS-PLAN**	CAJACOPI

LUGAR DE PROCEDENCIA / OCURRENCIA

DEPARTAMENTO	ATLANTICO	**MUNICIPIO**	BARRANQUILLA	**BARRIO**	BOSQUE

LUGAR DE RECOLECCION

INSTITUCIÓN	CAMINO BOSQUE DE MARIA	**DEPARTAMENTO**	ATLANTICO	**MUNICIPIO**	BARRANQUILLA

PROPÓSITO GÉNERAL DE LA PRUEBA	APOYO A LA VIGILANCIA DE LA PATOLOGÍA DE INTERES EN SALUD PUBLICA

EMISIÓN DE RESULTADOS

PRUEBA	RESULTADO	MÉTODO UTILIZADO	OBJETO DE LA PRUEBA
DETECCION DE ADN BORDETELLA HOLMESII	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA PARAPERTUSSIS	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA PERTUSSIS	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII
DETECCION DE ADN BORDETELLA SP	NEGATIVO	PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TOS FERINA	DETECCIÓN DIAGNOSTICA DE BORDETELLA SPP Y ESPECIES DE BORDETELLA, CAUSANTES DE TOS FERINA: PERTUSSIS,PARAPERTUSSIS,HOLMENSII

TEMPERATURA DE PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA	22,0 ºC

LDSP-19
ANALISTA

LDSP-02
RESPONSABLE TECNICO

REVISO-AUTORIZO

FIN DEL INFORME

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

1	**Municipio:**	BARRANQUILLA			
	Fecha:	04 noviembre del 2025			
	Lugar:	Centro de medicina biológica y estética ser vital SA 080010457501			
2	**Tipo de Documento:**	**Asistencia Técnica:**		**Otro:**	X
		Capacitación:		**Cual:** Visitas Potenciales Operadores	
3	**Objetivos/Propósito**. • Actualización Red de Operadores del Distrito de Barranquilla.				
4	**Encargada institucional de responder la encuesta.**		**Nombre:**	Yiceth Llanos	
			Cargo:	Secretaria	
1.	**Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla, Sistema de información**		**Nombre:**	Claudia Villa Campo	
2.			**Cargo:**	Ref. Sistema de información	

Actividades Realizadas

Para el cumplimiento a los lineamientos emitidos por el Instituto Nacional de Salud se solicita la actualización de la red de operadores del sistema de vigilancia en salud publica en el Distrito de Barranquilla, se procedió a realizar la verificación de la institución, Centro de medicina biológica y estética ser vital SA, con código de habilitación (080010457501), en la siguiente dirección Cra 47 N. 79-145, se realiza la verificación de la institución, la cual existe, pero no cumple con servicios para la notificación de eventos de interés en salud pública, ya que solo atiende pacientes con diabetes, dolor muscular, migraña, dermatitis, control de peso, colon irritable, para esta visita hubo acompañamiento por parte de la secretaria de Salud Pública del Distrito de Barranquilla.

Hallazgos

- Se evidencia la dirección de la Institución en mención.
- La institución funciona en la dirección indicada
- Se evidencia soportes de habilitación de la institución.
- Dentro del portafolio de servicios que presta no se evidencia servicios priorizados para captar eventos en Salud Publica.
- Se evidencia registro de las consultas en la Institución.
- Se descarta este potencial operador “no cumple con servicios”

Compromiso	Responsable	Institución	Plazo
Subir acta al aplicativo web del INS, con sus anexos.	Claudia Villa Campo	Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla	Inmediato

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

Evidencia fotográfica



Firmas de los asistentes

Claudia Villa Campo
Vigilancia Salud Publica Distrito de Barranquilla
Tel, 3104219897

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

1	**Municipio:**	BARRANQUILLA			
	Fecha:	04 noviembre 2025			
	Lugar:	Centro de procedimientos integrales médicos asistenciales sas CEPIMA 080010376701			
2	**Tipo de Documento:**	**Asistencia Técnica:**		**Otro:**	X
		Capacitación:		**Cual:** Visitas Potenciales Operadores	
3	**Objetivos/Propósito**. • Actualización Red de Operadores del Distrito de Barranquilla.				
4	**Encargada institucional de responder la encuesta.**		**Nombre:**		
			Cargo:		
1.	**Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla, Sistema de información**		**Nombre:**	Claudia Villa Campo	
2.			**Cargo:**	Ref. Sistema de información	

Actividades Realizadas

Para el cumplimiento a los lineamientos emitidos por el Instituto Nacional de Salud se solicita la actualización de la red de operadores del sistema de vigilancia en salud publica en el Distrito de Barranquilla, se procedió a realizar la verificación de la institución, Centro de procedimientos integrales médicos asistenciales sas CEPIMA, con código de habilitación (080010376701), en la siguiente dirección carrera 49 N. 74- 145, se realiza la verificación de la institución, la cual la dirección esta correcta, pero esta institución ya no existe en la actualidad, funciona otra institución de nombre Gersalud, para esta visita hubo acompañamiento por parte de la secretaria de Salud Pública del Distrito de Barranquilla.

Hallazgos

- Se evidencia la dirección de la Institución en mención.
- La institución ya no funciona.
- Se evidencia soportes de habilitación de la institución.
- Se descarta este potencial operador “no existe la institución”

Compromiso	Responsable	Institución	Plazo
Subir acta al aplicativo web del INS, con sus anexos.	Claudia Villa Campo	Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla	Inmediato

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

Evidencia fotográfica



Firmas de los asistentes

Claudia Villa Campo
Vigilancia Salud Publica Distrito de Barranquilla
Tel, 3104219897

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

1	**Municipio:**	BARRANQUILLA			
	Fecha:	19 noviembre del 2025			
	Lugar:	Clínica oftalmológica unidad laser del Atlántico SA 080010122201			
2	**Tipo de Documento:**	**Asistencia Técnica:**		**Otro:**	X
		Capacitación:		**Cual:** Visitas Potenciales Operadores	
3	**Objetivos/Propósito**. • Actualización Red de Operadores del Distrito de Barranquilla.				
4	**Encargada institucional de responder la encuesta.**		**Nombre:**	Carolina Arango	
			Cargo:	Calidad	
1.	**Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla, Sistema de información**		**Nombre:**	Claudia Villa Campo	
2.			**Cargo:**	Ref. Sistema de información	

Actividades Realizadas

Para el cumplimiento a los lineamientos emitidos por el Instituto Nacional de Salud se solicita la actualización de la red de operadores del sistema de vigilancia en salud publica en el Distrito de Barranquilla, se procedió a realizar la verificación de la institución Clínica oftalmológica unidad laser del Atlántico SA, con código de habilitación (080010122201), en la siguiente dirección Cra 52 N. 84-98, se realiza la verificación de la institución, la cual existe, pero no cumple con servicios para la notificación de eventos de interés en salud pública ya que solo realiza cirugías y ayudas diagnosticas, para esta visita hubo acompañamiento por parte de la secretaria de Salud Pública del Distrito de Barranquilla.

Hallazgos

- Se evidencia la dirección de la Institución en mención.
- La institución funciona en la dirección indicada
- Se evidencia soportes de habilitación de la institución.
- Dentro del portafolio de servicios que presta no se evidencia servicios priorizados para captar eventos en Salud Publica.
- Se evidencia registro de las consultas en la Institución.
- Se descarta este potencial operador “no cumple con servicios”

Compromiso	Responsable	Institución	Plazo
Subir acta al aplicativo web del INS, con sus anexos.	Claudia Villa Campo	Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla	Inmediato

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

Evidencia fotográfica



Firmas de los asistentes

Claudia Villa Campo
Vigilancia Salud Publica Distrito de Barranquilla
Tel, 3104219897

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

1	**Municipio:**	BARRANQUILLA			
	Fecha:	04 noviembre del 2025			
	Lugar:	CORAZON IPS SAS 080010385301			
2	**Tipo de Documento:**	**Asistencia Técnica:**		**Otro:**	X
		Capacitación:		**Cual:** Visitas Potenciales Operadores	
3	**Objetivos/Propósito**. • Actualización Red de Operadores del Distrito de Barranquilla.				
4	**Encargada institucional de responder la encuesta.**		**Nombre:**	Claudia Diaz	
			Cargo:	Coordinadora	
1.	**Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla, Sistema de información**		**Nombre:**	Claudia Villa Campo	
2.			**Cargo:**	Ref. Sistema de información	

Actividades Realizadas

Para el cumplimiento a los lineamientos emitidos por el Instituto Nacional de Salud se solicita la actualización de la red de operadores del sistema de vigilancia en salud publica en el Distrito de Barranquilla, se procedió a realizar la verificación de la institución, CORAZON IPS SAS, con código de habilitación (080010385301), en la siguiente dirección Cra 49 N. 74-158, se realiza la verificación de la institución, la cual existe, pero no cumple con servicios para la notificación de eventos de interés en salud pública ya que presta servicios de centro de investigaciones, para esta visita hubo acompañamiento por parte de la secretaria de Salud Pública del Distrito de Barranquilla.

Hallazgos

- Se evidencia la dirección de la Institución en mención.
- La institución funciona en la dirección indicada
- Se evidencia soportes de habilitación de la institución.
- Dentro del portafolio de servicios que presta no se evidencia servicios priorizados para captar eventos en Salud Publica.
- Se evidencia registro de las consultas en la Institución.
- Se descarta este potencial operador “no cumple con servicios”

Compromiso	Responsable	Institución	Plazo
Subir acta al aplicativo web del INS, con sus anexos.	Claudia Villa Campo	Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla	Inmediato

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

Evidencia fotográfica



Firmas de los asistentes

Claudia Villa Campo
Vigilancia Salud Publica Distrito de Barranquilla
Tel, 3104219897

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

1	**Municipio:**	BARRANQUILLA			
	Fecha:	18 noviembre del 2025			
	Lugar:	CYS cuidado y salud SAS 080010552101			
2	**Tipo de Documento:**	**Asistencia Técnica:**		**Otro:**	X
		Capacitación:		**Cual:** Visitas Potenciales Operadores	
3	**Objetivos/Propósito**. • Actualización Red de Operadores del Distrito de Barranquilla.				
4	**Encargada institucional de responder la encuesta.**		**Nombre:**	Jorge Arteta	
			Cargo:	coordinador Adm.	
1.	**Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla, Sistema de información**		**Nombre:**	Claudia Villa Campo	
2.			**Cargo:**	Ref. Sistema de información	

Actividades Realizadas

Para el cumplimiento a los lineamientos emitidos por el Instituto Nacional de Salud se solicita la actualización de la red de operadores del sistema de vigilancia en salud publica en el Distrito de Barranquilla, se procedió a realizar la verificación de la institución CYS cuidado y salud SAS, con código de habilitación (080010552101), en la siguiente dirección Cra 50 N.80-18 cons 206 se realiza la verificación de la institución, la cual existe, pero no cumple con servicios para la notificación de eventos de interés en salud pública, para esta visita hubo acompañamiento por parte de la secretaria de Salud Pública del Distrito de Barranquilla.

Hallazgos

- Se evidencia la dirección de la Institución en mención.
- La institución funciona en la dirección indicada
- Se evidencia soportes de habilitación de la institución.
- Dentro del portafolio de servicios que presta no se evidencia servicios priorizados para captar eventos en Salud Publica.
- Se evidencia registro de las consultas en la Institución.
- Se descarta este potencial operador “no cumple con servicios”

Compromiso	Responsable	Institución	Plazo
Subir acta al aplicativo web del INS, con sus anexos.	Claudia Villa Campo	Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla	Inmediato

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

Evidencia fotográfica



Firmas de los asistentes

Claudia Villa Campo
Vigilancia Salud Publica Distrito de Barranquilla
Tel, 3104219897

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

1	**Municipio:**	BARRANQUILLA			
	Fecha:	19 noviembre del 2025			
	Lugar:	DHI COLOMBIA BARRANQUILLA SAS 080010558001			
2	**Tipo de Documento:**	**Asistencia Técnica:**		**Otro:**	X
		Capacitación:		**Cual:** Visitas Potenciales Operadores	
3	**Objetivos/Propósito**. • Actualización Red de Operadores del Distrito de Barranquilla.				
4	**Encargada institucional de responder la encuesta.**		**Nombre:**	Michel Carvald	
			Cargo:	Gerente	
1.	**Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla, Sistema de información**		**Nombre:**	Claudia Villa Campo	
2.			**Cargo:**	Ref. Sistema de información	

Actividades Realizadas

Para el cumplimiento a los lineamientos emitidos por el Instituto Nacional de Salud se solicita la actualización de la red de operadores del sistema de vigilancia en salud publica en el Distrito de Barranquilla, se procedió a realizar la verificación de la institución DHI COLOMBIA BARRANQUILLA SAS, con código de habilitación (080010558001), en la siguiente dirección Calle 77 N. 57-103 piso 1 local 3 se realiza la verificación de la institución, la cual existe, pero no cumple con servicios para la notificación de eventos de interés en salud pública ya que solo realiza implantes capilar, para esta visita hubo acompañamiento por parte de la secretaria de Salud Pública del Distrito de Barranquilla.

Hallazgos

- Se evidencia la dirección de la Institución en mención.
- La institución funciona en la dirección indicada
- Se evidencia soportes de habilitación de la institución.
- Dentro del portafolio de servicios que presta no se evidencia servicios priorizados para captar eventos en Salud Publica.
- Se evidencia registro de las consultas en la Institución.
- Se descarta este potencial operador “no cumple con servicios”

Compromiso	Responsable	Institución	Plazo
Subir acta al aplicativo web del INS, con sus anexos.	Claudia Villa Campo	Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla	Inmediato

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

ACTA DE VERIFICACIÓN

RED DE POTENCIALES OPERADORES EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

Evidencia fotográfica



Firmas de los asistentes

Claudia Villa Campo
Vigilancia Salud Publica Distrito de Barranquilla
Tel, 3104219897