Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC	
Municipio	GUATAVITA
Lugar	CORALES
Fecha	16 AL 29 SEPTIEMBRE DE 2025
Tema	ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Entorno	HOGAR
Objetivo	REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS PARA DISMINUIR LOS RIESGOS EN SALUD PARA LA POBLACION DE GUATAVITA-GUASCA
RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos):	NINFA GRACIELA RODRIGUEZ PRIETO
Número Documento de identidad del responsable de la actividad	20.652.028
Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091.	

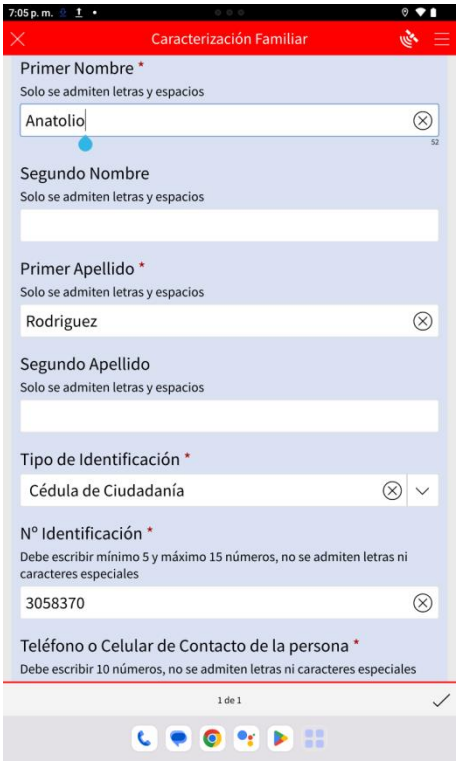
ACTIVIDAD 1

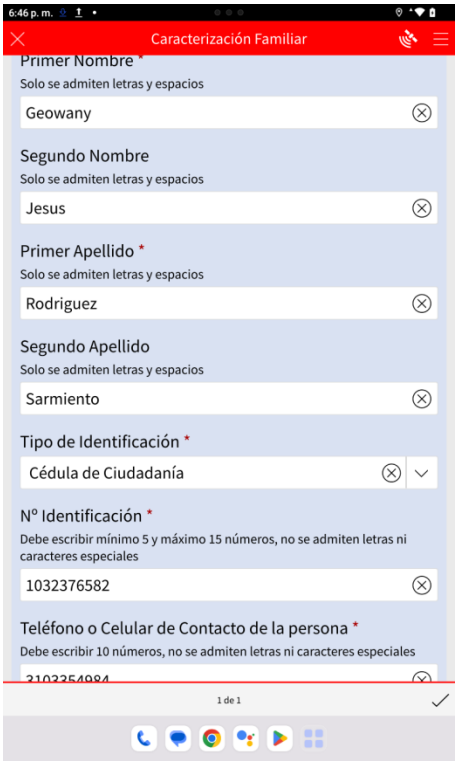
VISITAS DOMICILIARIAS

La auxiliar de enfermería Ninfa Graciela Rodríguez en el Micro territorio de la vereda Corales y realizan 40 visitas de seguimiento.

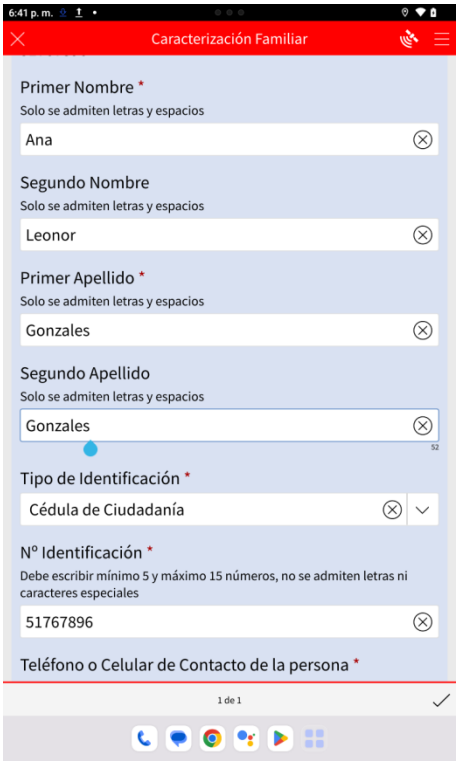
Presentación de la auxiliar de enfermería, Información de las visitas domiciliarias, Información de la caracterización que se realizarán en cada una de las familias, caracterización fichas familiares o actualización y seguimientos de acuerdo al micro territorio asignado.

1. Realizar la búsqueda activa de pacientes de acuerdo a los riesgos encontrados en cada uno de los hogares.
2. Canalización de la población al servicio de vacunación de acorde a los lineamientos del plan nacional de vacunación.
3. Canalizar por medio de la ficha SURVEY en población general.
4. Canalización por medio de la ficha SURVEY en población de gestantes y puérperas.
5. Canalización por medio de la ficha SURVEY en población mayores de 12 años.
6. Canalización por medio de ficha AIEPI a la población de menores.


7:05 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Anatolio
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Rodriguez
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
3058370
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1


6:46 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Geowany
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Jesus
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Rodriguez
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Sarmiento
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1032376582
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

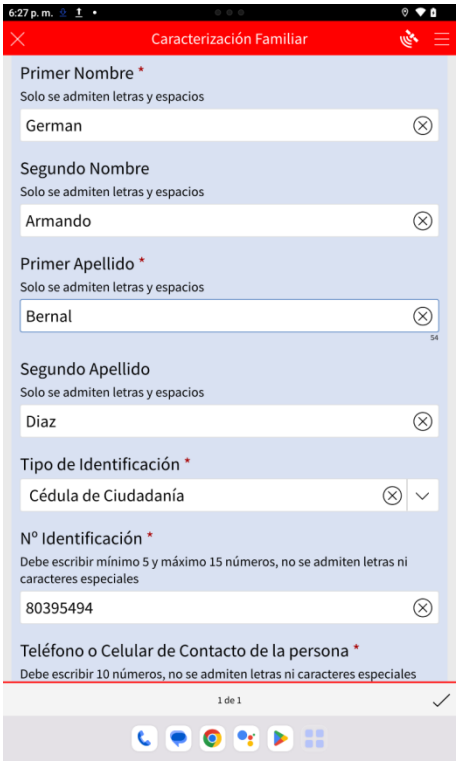
Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



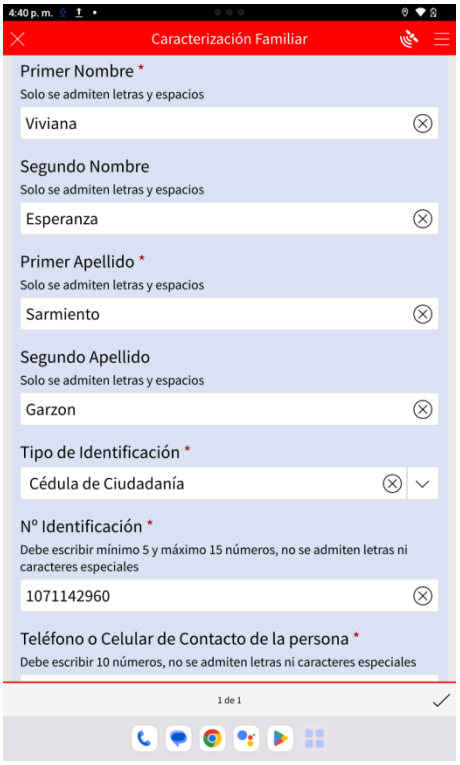


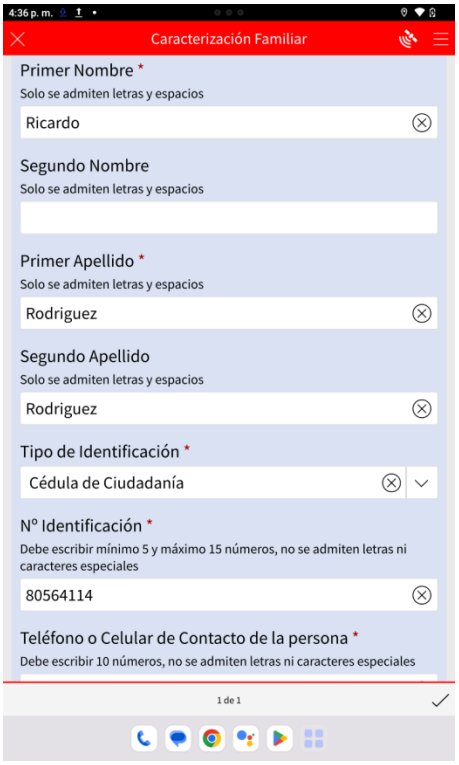

6:33 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Euripides
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Romero
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Toro
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
4291139
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

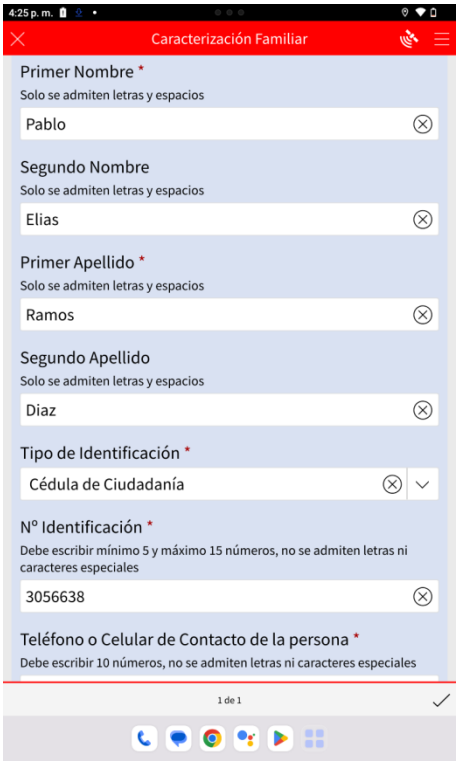

6:30 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Carlos
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Julio
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Rubio
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Valero
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
80382970
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

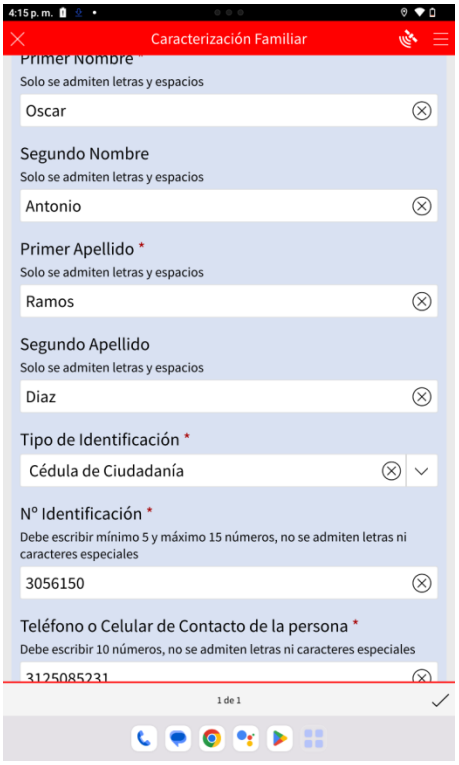

6:27 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
German
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Armando
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Bernal
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Diaz
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
80395494
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

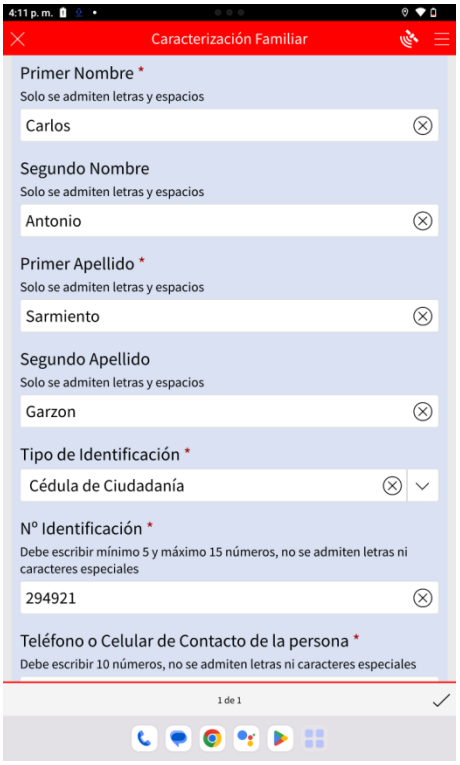

4:43 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Jose
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Humberto
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Diaz
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Valero
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1056612288
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

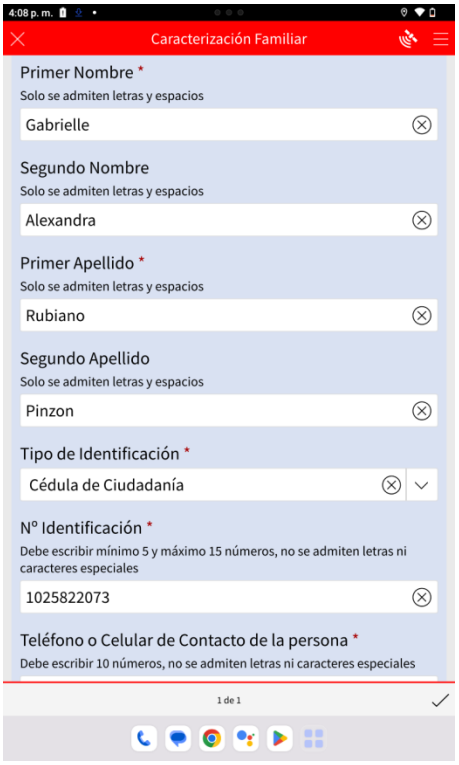

4:40 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Viviana
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Esperanza
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Sarmiento
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Garzon
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1071142960
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

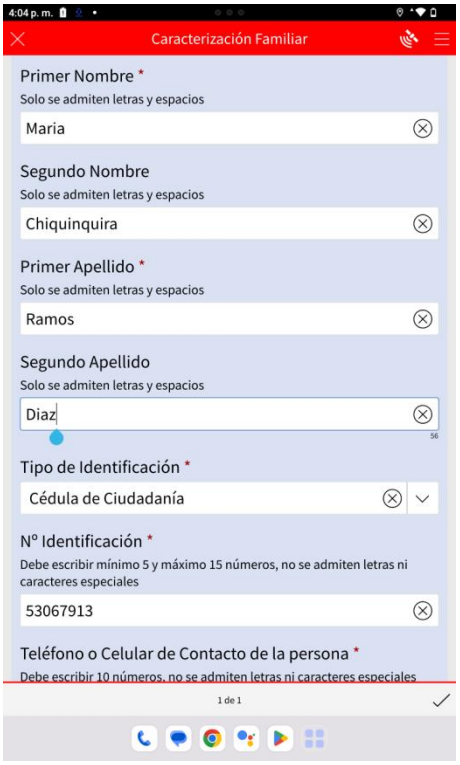

4:36 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Ricardo
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Rodriguez
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Rodriguez
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
80564114
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

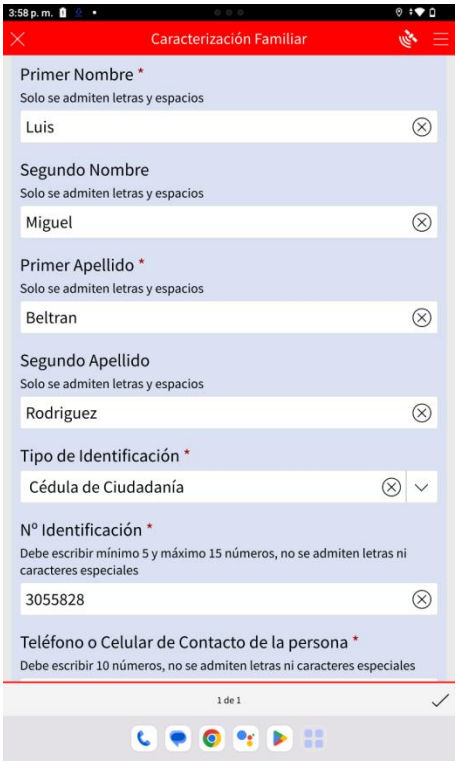

4:25 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Pablo
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Elias
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Ramos
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Diaz
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
3056638
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

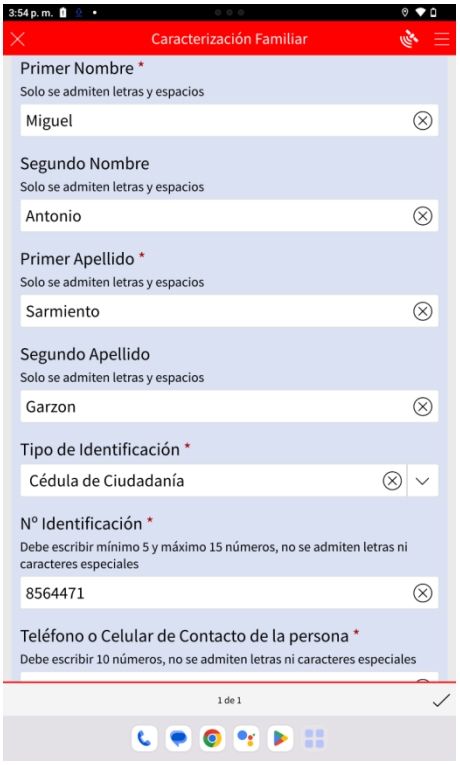

4:15 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Oscar
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Antonio
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Ramos
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Diaz
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
3056150
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
3125085231
1 de 1

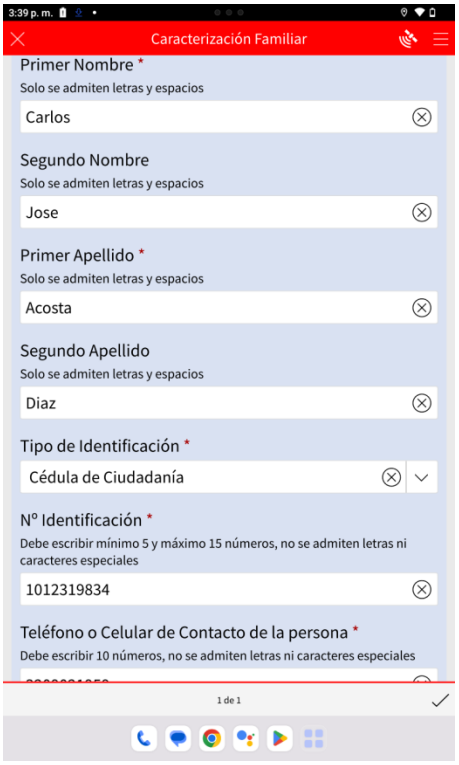

4:11 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Carlos
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Antonio
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Sarmiento
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Garzon
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
N° Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
294921
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

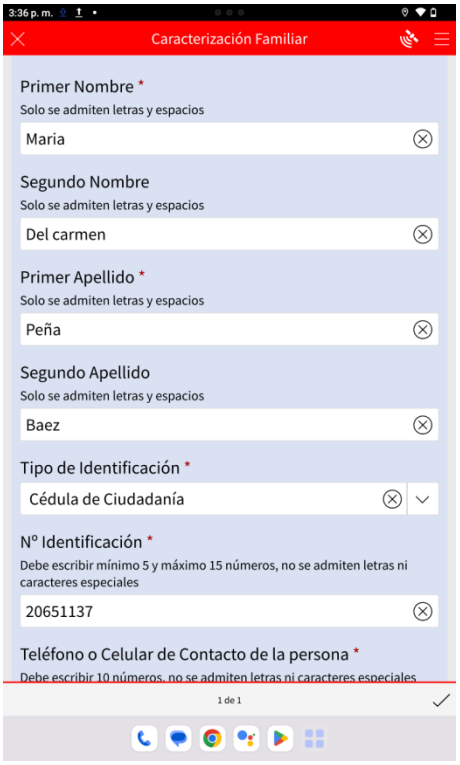

4:08 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Gabrielle
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Alexandra
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Rubiano
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Pinzon
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
N° Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1025822073
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

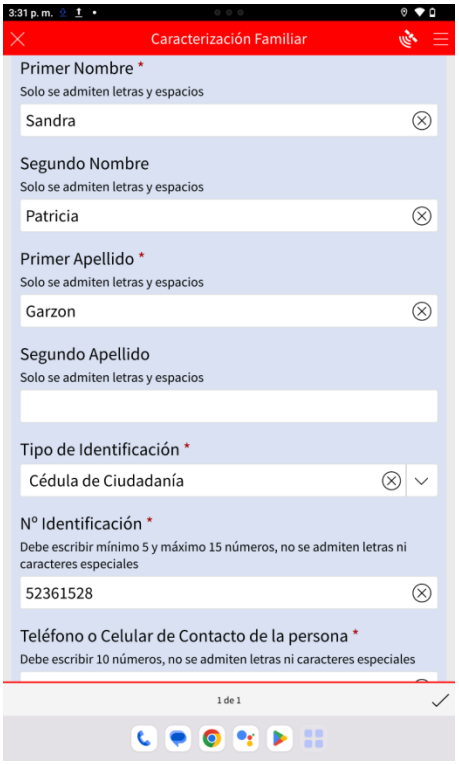

4:04 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Maria
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Chiquinquira
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Ramos
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Diaz
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
53067913
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

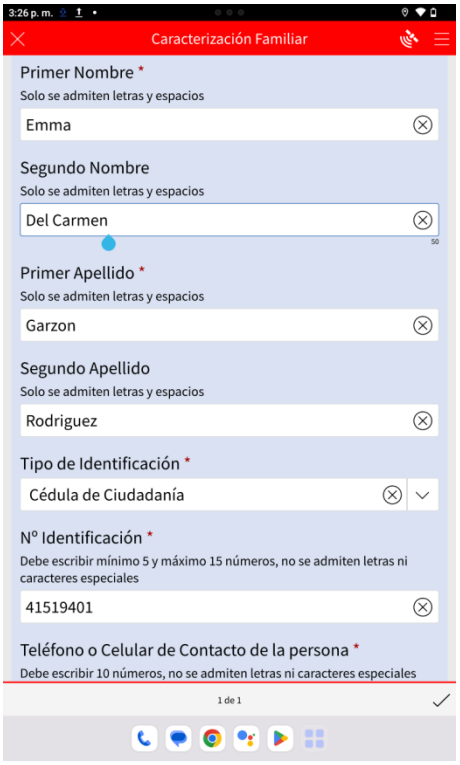

3:58 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Luis
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Miguel
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Beltran
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Rodriguez
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
3055828
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

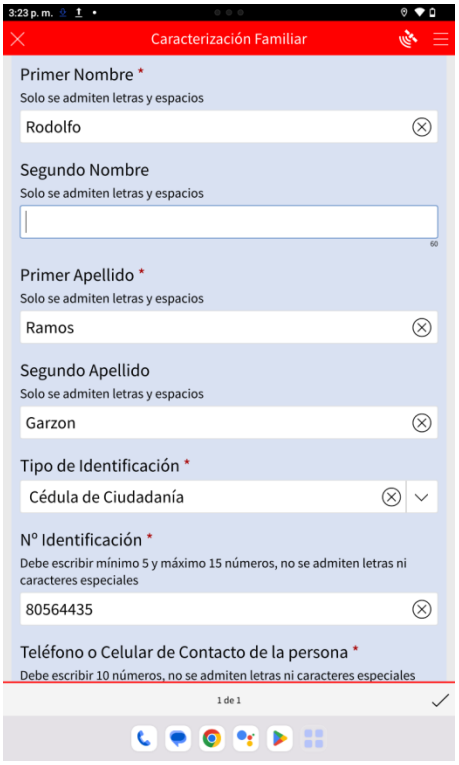

3:54 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Miguel
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Antonio
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Sarmiento
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Garzon
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
8564471
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

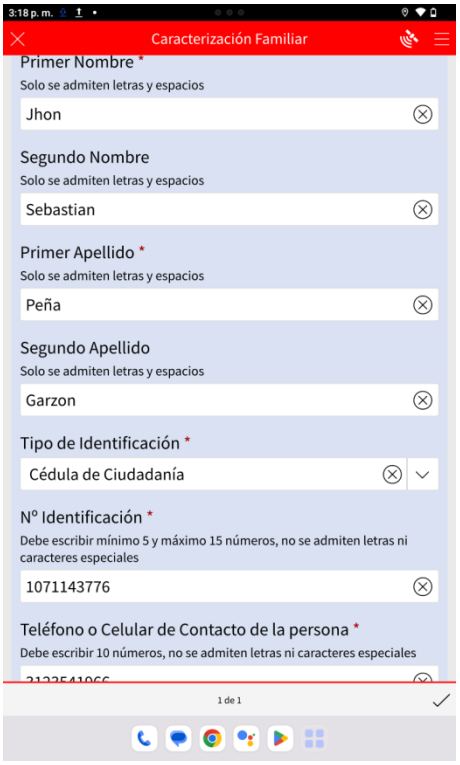

3:39 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Carlos
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Jose
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Acosta
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Diaz
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1012319834
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

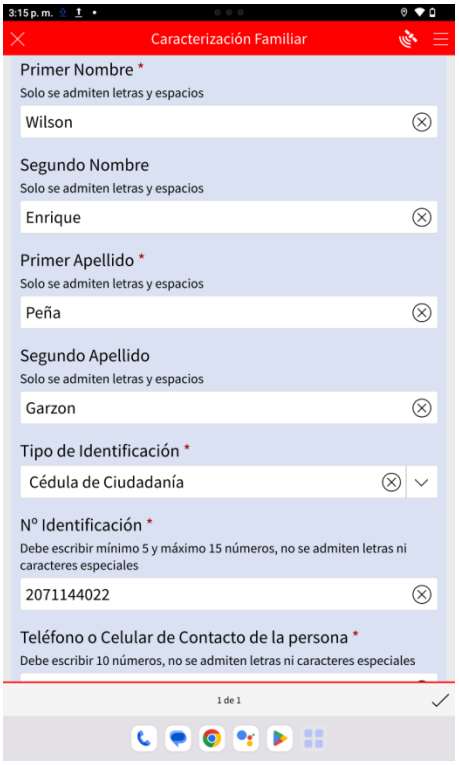

3:36 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Maria
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Del carmen
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Peña
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Baez
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
N° Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
20651137
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
1 de 1

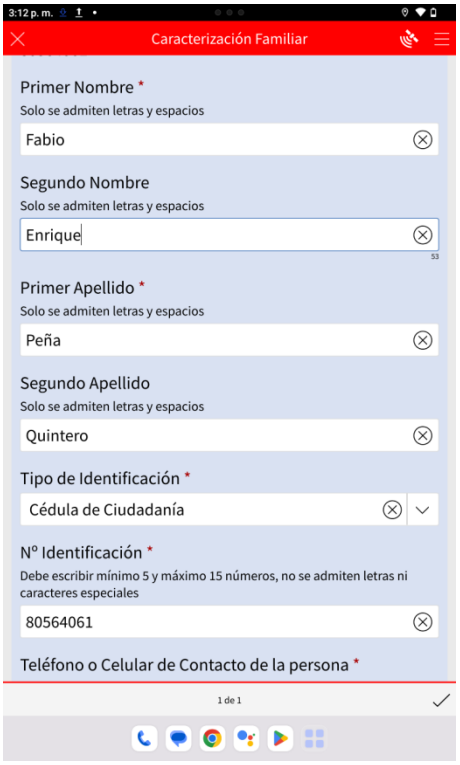

3:31 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Sandra
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Patricia
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Garzon
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
N° Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
52361528
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

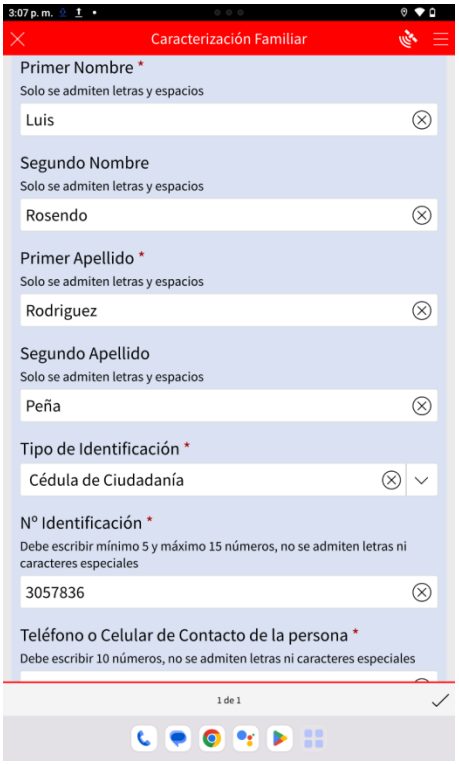

3:26 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Emma
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Del Carmen
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Garzon
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Rodriguez
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
41519401
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1


3:23 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Rodolfo
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Ramos
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Garzon
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
80564435
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

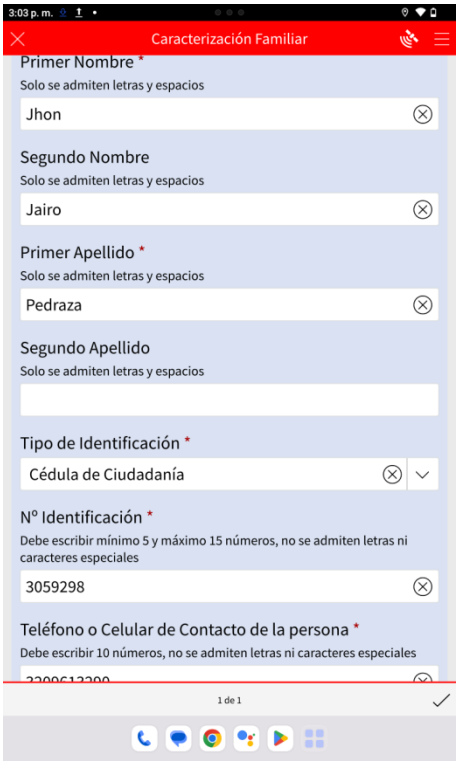

3:18 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Jhon
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Sebastian
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Peña
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Garzon
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1071143776
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

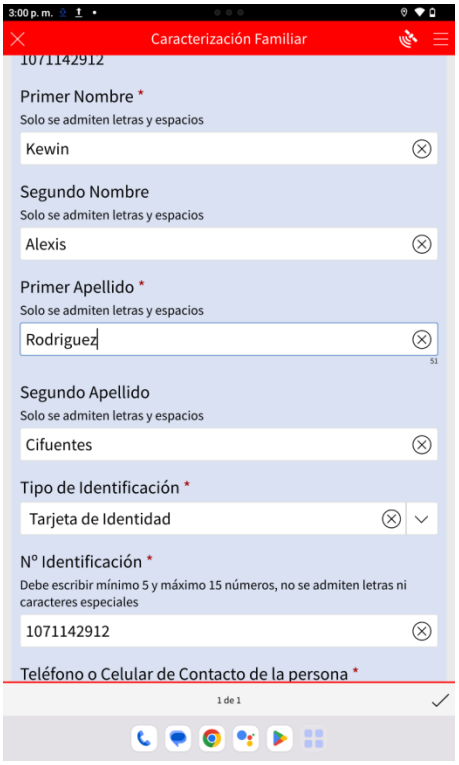

3:15 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Wilson
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Enrique
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Peña
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Garzon
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
2071144022
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

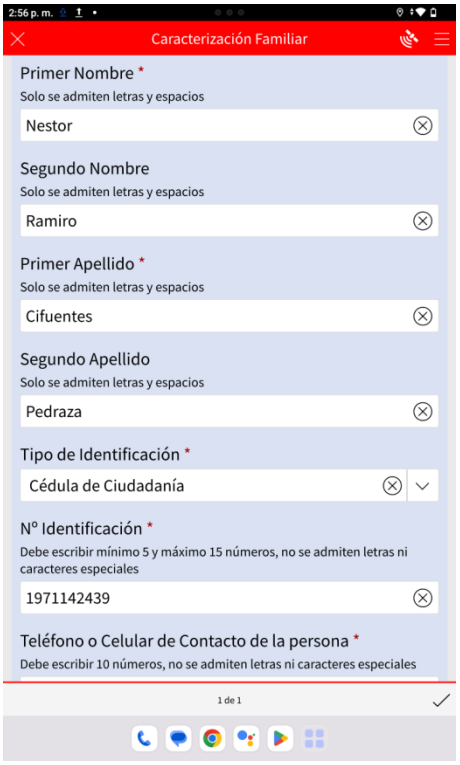

3:12 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Fabio
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Enrique
53
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Peña
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Quintero
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
80564061
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
1 de 1

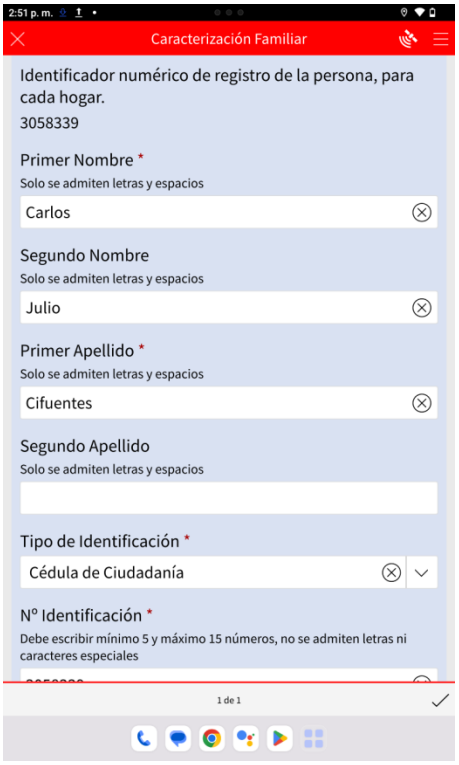

3:07 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Luis
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Rosendo
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Rodriguez
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Peña
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
3057836
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

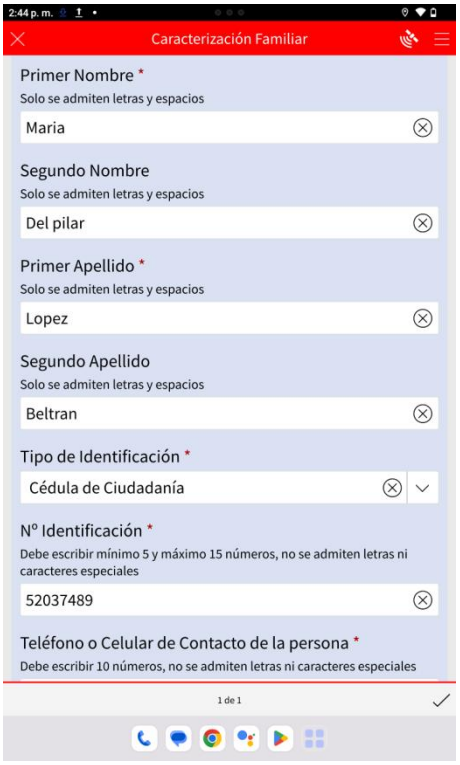
Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**

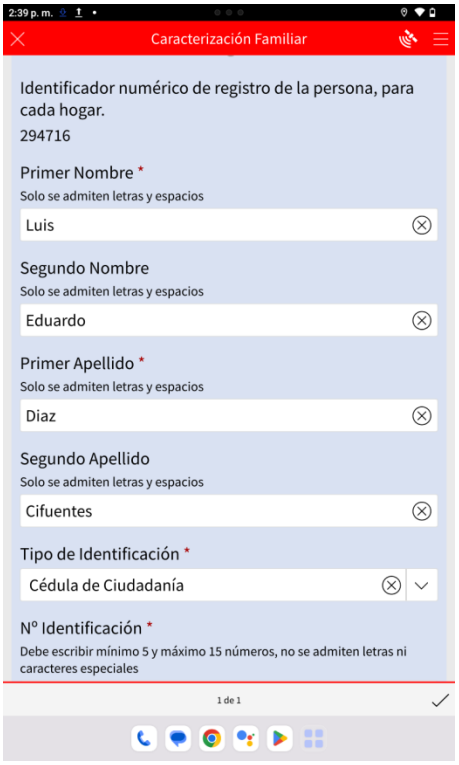




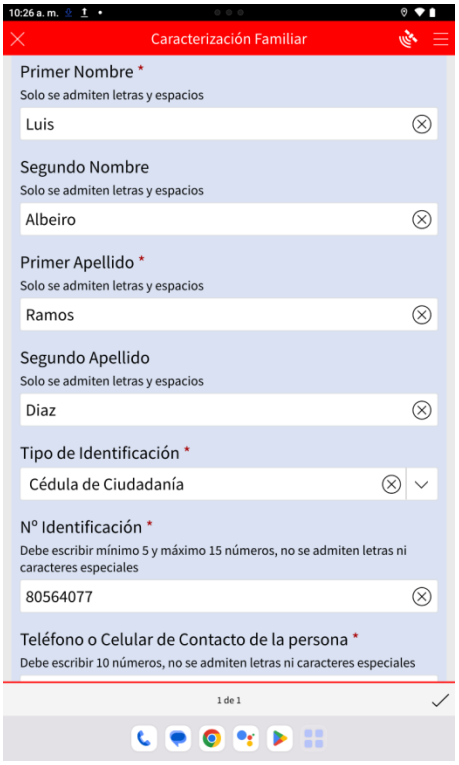

2:56 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Nestor
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Ramiro
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Cifuentes
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Pedraza
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1971142439
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

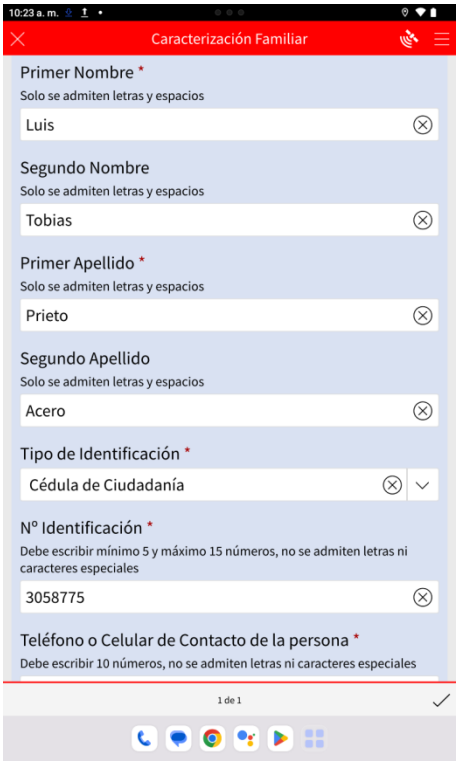

2:51 p. m.
Caracterización Familiar
Identificador numérico de registro de la persona, para cada hogar.
3058339
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Carlos
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Julio
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Cifuentes
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

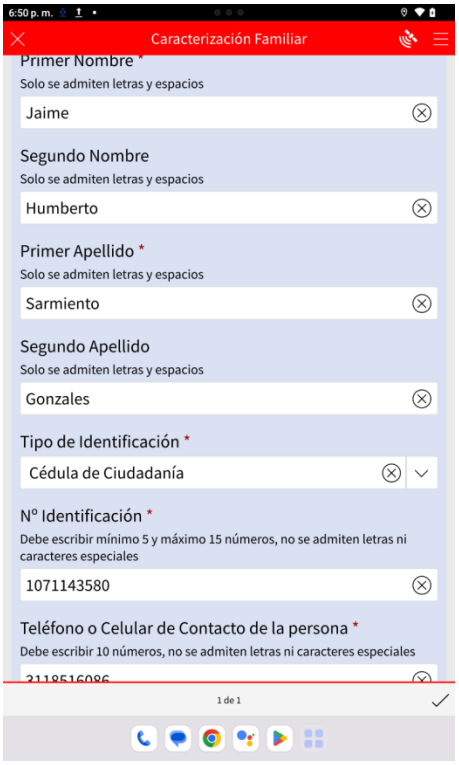

2:44 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Maria
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Del pilar
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Lopez
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Beltran
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
52037489
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1


2:39 p. m.
Caracterización Familiar
Identificador numérico de registro de la persona, para cada hogar.
294716
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Luis
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Eduardo
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Diaz
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Cifuentes
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1


10:30 a. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Maria
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Erisinda
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Rodriguez
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Rodriguez
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
20652615
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

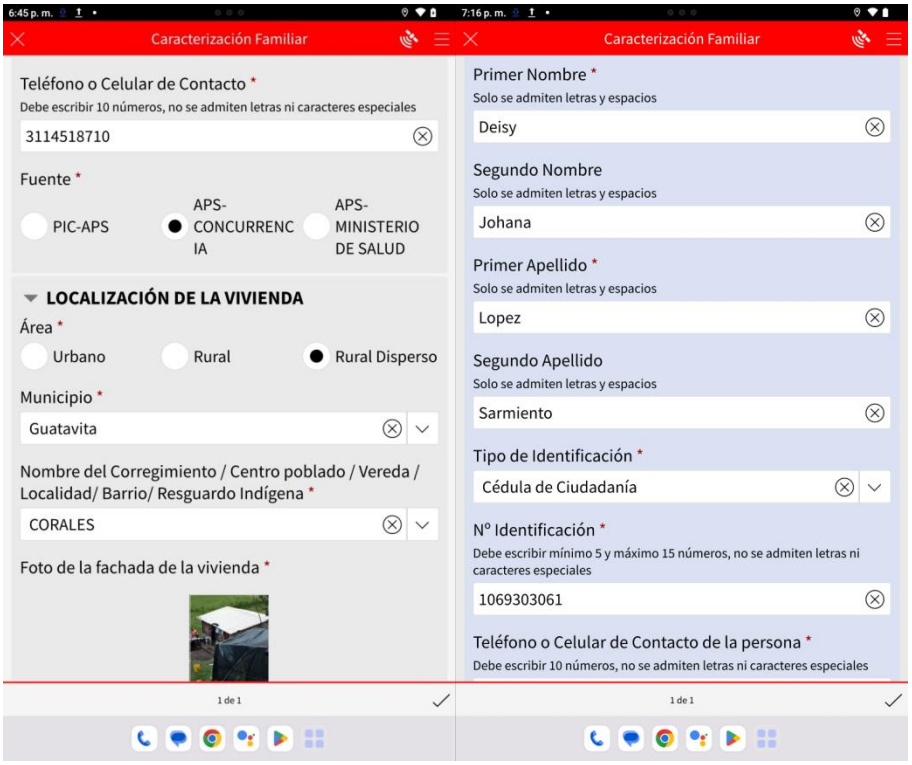

10:26 a. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Luis
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Albeiro
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Ramos
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Diaz
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
80564077
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1


10:23 a. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Luis
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Tobias
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Prieto
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Acero
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
N° Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
3058775
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

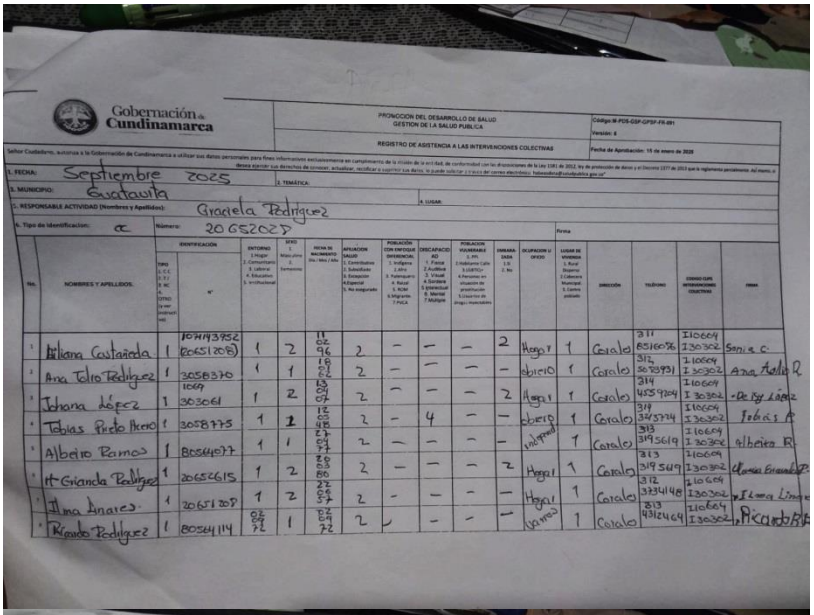

6:50 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Jaime
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Humberto
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Sarmiento
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Gonzales
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
N° Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1071143580
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1


2:48 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Barbara
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Rojas
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
51819060
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1


2:42 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Alfonso
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Garzon
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Rodriguez
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Nº Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
20652028
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1


6:45 p. m.
Caracterización Familiar
Teléfono o Celular de Contacto *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
3114518710
Fuente *
PIC-APS
APS-CONCURRENCIA
APS-MINISTERIO DE SALUD
LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA
Área *
Urbano
Rural
Rural Disperso
Municipio *
Guatavita
Nombre del Corregimiento / Centro poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indígena *
CORALES
Foto de la fachada de la vivienda *
1 de 1
7:16 p. m.
Caracterización Familiar
Primer Nombre *
Solo se admiten letras y espacios
Deisy
Segundo Nombre
Solo se admiten letras y espacios
Johana
Primer Apellido *
Solo se admiten letras y espacios
Lopez
Segundo Apellido
Solo se admiten letras y espacios
Sarmiento
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
N° Identificación *
Debe escribir mínimo 5 y máximo 15 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1069303061
Teléfono o Celular de Contacto de la persona *
Debe escribir 10 números, no se admiten letras ni caracteres especiales
1 de 1

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



Gobernación de Cundinamarca

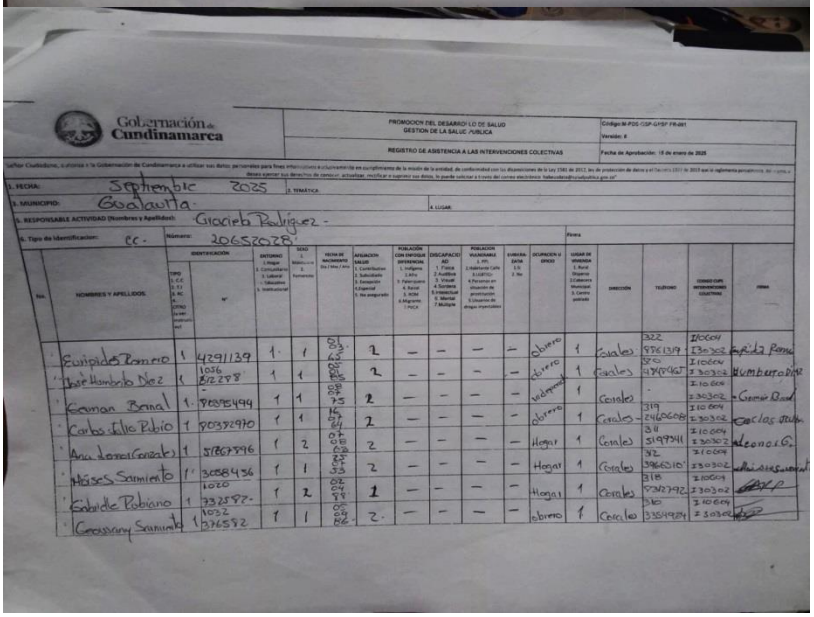
PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Código M-PDS-GSP-GFSP-FR-001
Versión: 0
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

1. FECHA: Septiembre 2025
2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita
4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez
6. Tipo de Identificación: CC Número: 20652028 Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	AFILIACIÓN SALUD	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL	DISCAPACIDAD	POBLACIÓN VULNERABLE	EMBARAZADA	OCUPACIÓN U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Liliana Castañeda	1	1094193952 / 20651208	1	2	11/02/96	2	–	–	–	2	Hogar	1	Corales	311 8516056	I10604 I30302	Sonia C.
2	Ana Tulia Rodriguez	1	3058370	1	1	18/07/62	2	–	–	–	–	obrero	1	Corales	312 3078991	I 10604 I 30302	Ana Julia R
3	Johana López	1	1069 303061	1	2	15/04/07	2	–	–	–	2	Hogar	1	Corales	314 4154724	I 10604 I 30302	Johana López
4	Tobias Pinto Pinto	1	3058775	1	1	12/03/48	2	–	4	–	–	obrero independ	1	Corales	319 3175774	I 10604 I 30302	Tobías P
5	Alberto Ramos	1	80564077	1	1	09/07/71	2	–	–	–	–		1	Corales	313 3195619	I 10604 I 30302	Alberto R.
6	M Gricela Rodriguez	1	20652615	1	2	30/05/80	2	–	–	–	2	Hogar	1	Corales	313 3195419	I 10604 I 30302	
7	Ilma Linares	1	20651208	1	2	22/09/57	2	–	–	–	–	Hogar	1	Corales	312 3234148	I 10604 I 30302	Ilma Lina
8	Ricardo Rodriguez	1	80564114	08/72	1	07/09/72	2	–	–	–	–	Varios	1	Corales	313 4924464	I 10604 I 30302	Ricardo R



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

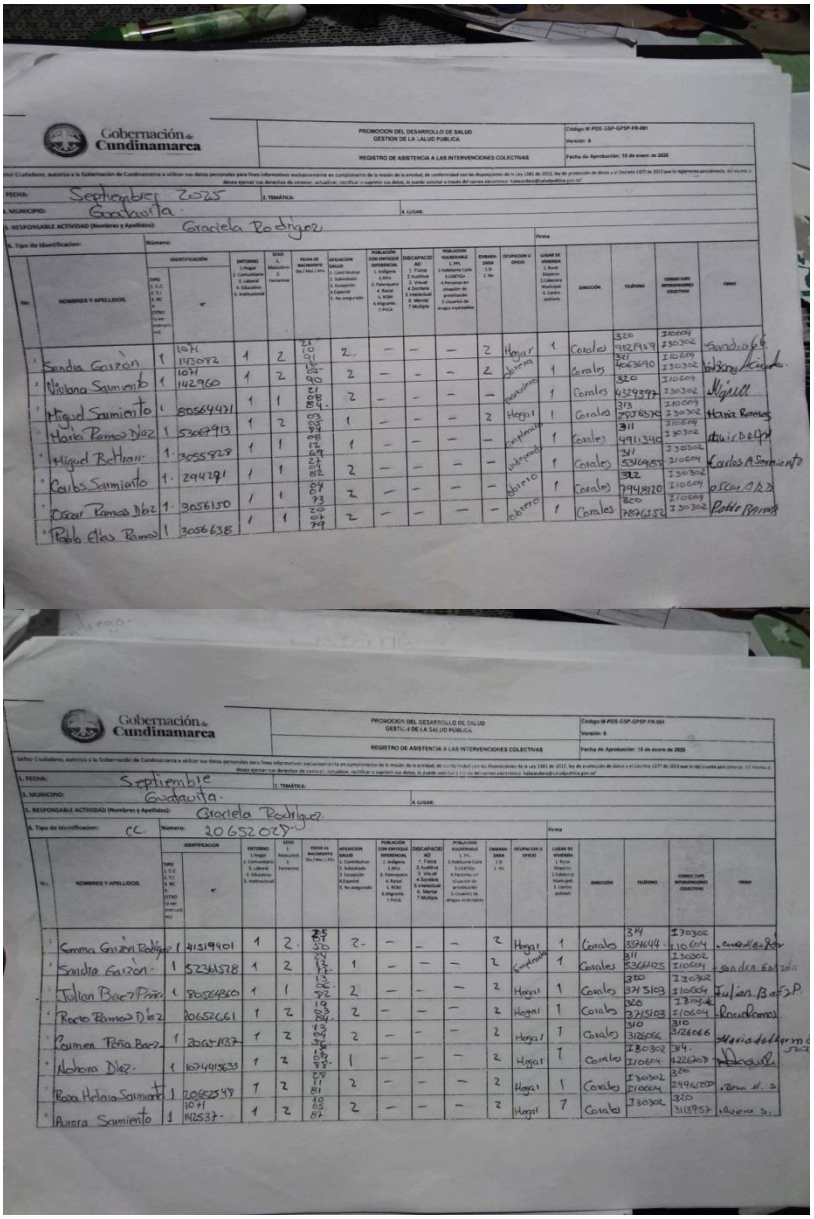
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Código M-PDS-GSP-GFSP-FR-001
Versión: 0
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

1. FECHA: Septiembre 2025
2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita
4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez
6. Tipo de Identificación: CC Número: 20652028 Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	AFILIACIÓN SALUD	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL	DISCAPACIDAD	POBLACIÓN VULNERABLE	EMBARAZADA	OCUPACIÓN U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Eurípides Romero	1	4291139	1	1	01/03/63	2	–	–	–	–	obrero	1	Corales	322 8761379	I10604 I30302	Eurípides Romero
2	José Humberto Díaz	1	1036 872288	1	1	08/05/86	2	–	–	–	–	obrero	1	Corales	320 3147467	I 10604 I 30302	Humberto Díaz
3	Ceiman Bernal	1	79895499	1	1	05/08/75	2	–	–	–	–	vedrero independ	1	Corales	-	I 10604 I 30302	Ceiman Bernal
4	Carlos Julio Rubio	1	80332970	1	1	15/07/64	2	–	–	–	–	obrero	1	Corales	319 2460608	I 10604 I 30302	Carlos Julio
5	Ana Leonor Gonzalez	1	51807396	1	2	07/08/68	2	–	–	–	–	Hogar	1	Corales	311 3197341	I 10604 I 30302	Leonor G.
6	Moises Sarmiento	1	3058436	1	1	05/05/53	2	–	–	–	–	Hogar	1	Corales	32 3865010	I 10604 I 30302	Moises Sarmiento
7	Gabriel de Rubiano	1	1020 332582	1	2	02/04/79	1	–	–	–	–	Hogar	1	Corales	318 3042392	I 10604 I 30302	
8	Geovanny Sarmiento	1	1032 376582	1	1	05/09/82	2	–	–	–	–	obrero	1	Corales	310 3354924	I 10604 I 30302	

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA

Código: M-PDS-GSP-FR-001
Versión: 6
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

1. FECHA: Septiembre 2025
2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita
4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez
Firma:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN: TIPO	IDENTIFICACIÓN: #	ENTORNO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	AFILIACIÓN SALUD	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL	DISCAPACIDAD	POBLACIÓN VULNERABLE	EMBARAZADA	OCUPACIÓN U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Sandra Gaizon	1	1071 142082	1	2	21/10/91	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	320 7929129	I10004 I30302	Sandra G.
2	Viviana Sarmiento	1	1071 142960	1	2	05/05/90	2	—	—	—	2	Comercio	1	Corales	301 4263690	I10604 I30302	
3	Miguel Sarmiento	1	80564431	1	1	21/08/84	2	—	—	—	—		1	Corales	320 4529397	I30302 I10604	Miguel
4	Maria Ramos Diaz	1	53667913	1	2	03/05/71	1	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	315 2535634	I10604 I30302	Maria Ramos
5	Miguel Beltran	1	80558928	1	1	08/12/69	1	—	—	—	—	Contratista	1	Corales	311 4911340	I10604 I30302	
6	Carlos Sarmiento	1	2944191	1	1	29/04/52	2	—	—	—	—	Independiente	1	Corales	311 5369855	I30302 I10604	Carlos A Sarmiento
7	Oscar Ramos Diaz	1	3056150	1	1	29/05/73	2	—	—	—	—	Obrero	1	Corales	312 7942120	I30302 I10604	Oscar Ramos
8	Pablo Elias Ramos	1	3056638	1	1	22/04/74	2	—	—	—	—	Obrero	1	Corales	320 7894582	I10604 I30302	Pablo Ramos

Gobernación de Cundinamarca

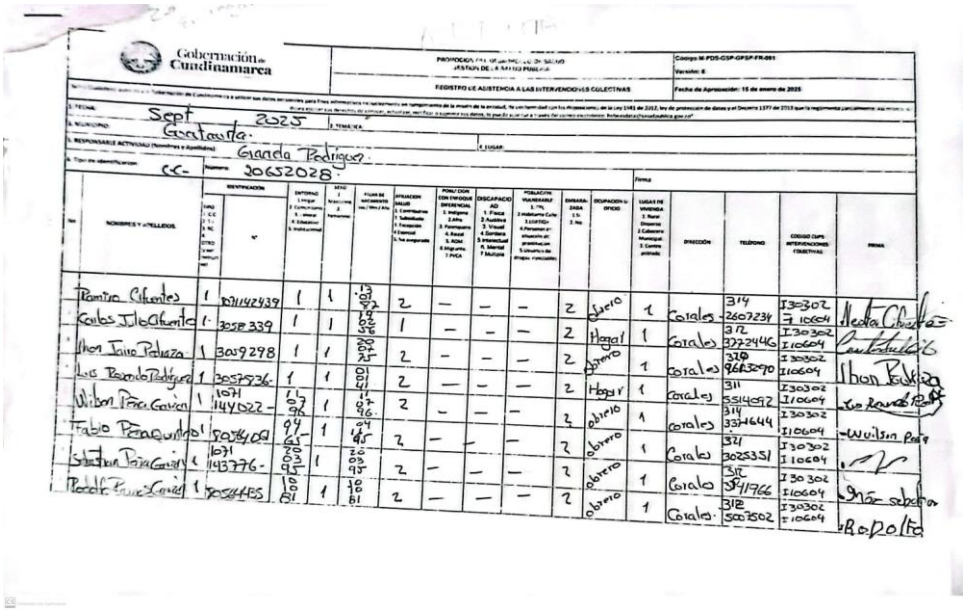
PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA

Código: M-PDS-GSP-FR-001
Versión: 6
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

1. FECHA: Septiembre
2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita
4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez
Firma:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN: TIPO	IDENTIFICACIÓN: #	ENTORNO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	AFILIACIÓN SALUD	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL	DISCAPACIDAD	POBLACIÓN VULNERABLE	EMBARAZADA	OCUPACIÓN U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Emma Gaizon Rodriguez	1	41519401	1	2	25/07/50	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	314 3591644	I30302 I10604	Emma Gaizon
2	Sandra Gaizon	1	52341578	1	2	21/10/74	1	—	—	—	2	Empleada	1	Corales	311 5366425	I30302 I10604	Sandra Gaizon
3	Julian Baez Pena	1	80564860	1	1	13/06/72	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	320 3715103	I30302 I10604	Julian Baez P
4	Rocio Ramos Diaz	1	20652061	1	2	05/09/84	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	320 3715103	I30302 I10604	Rocio Ramos
5	Carmen Peña Baez	1	23621137	1	2	23/06/56	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	310 3126066	I30302 I10604	Maria del Carmen
6	Aurora Diaz	1	1031441633	1	2	05/05/57	1	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	310 3126066	I30302 I10604	
7	Rosa Helaira Sarmiento	1	20652548	1	2	07/11/61	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	314 4226269	I30302 I10604	Rosa H. S.
8	Aurora Sarmiento	1	1031 142537	1	2	10/05/69	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	320 2496700	I30302	Aurora S.
															320 3113957		



1. Descripción de la población asistente

En las 40 visitas realizadas del micro territorio de la vereda Corales se realizan seguimientos a cada una de las familias o integrantes se han encontrado en la mayoría de las casas las personas quienes, si nos reciben con agrado al programa, en ocasiones manifiestan que es de vital importancia lo que realizamos, como también hay fincas donde no se encuentran las personas o es difícil el acceso.

Caracterización familiar

En el micro territorio de la vereda Corales se encontraron:

1. Adultos vejez: 4 mujeres y 7 hombres
2. Adultos: 10 mujeres y 17 hombres
3. Juventud: 1 mujer 1 hombre
4. Adolescentes: 0
5. Mujeres embarazadas: 0
6. Niños menores de 6 años: 4
7. Niños menores de 12 años: 6

ACTIVIDAD 2 AIEPI

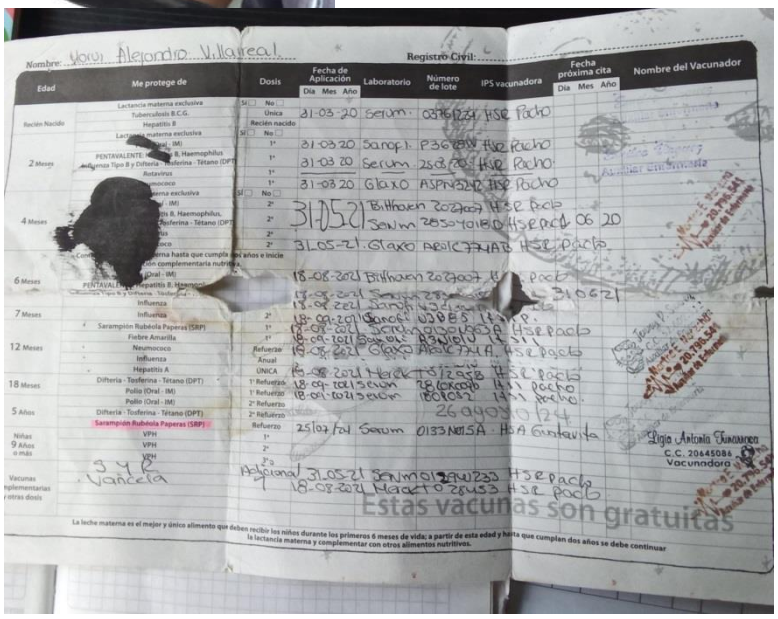
Dentro de las visitas domiciliarias en el entorno hogar se aplicó la ficha AIEPI comunitario o se realizó seguimiento a toda la población de infancia y primera infancia donde se educa a la comunidad sobre la importancia de estar atentos de los signos de alarma de IRA y EDA, la importancia de la salud oral la valoración integral y la puesta al día de esquema de vacunación según el rango de edad, importancia del aseguramiento del menor, importancia de la identificación del menor, educación en nutrición, educación en los signos de peligro.

TOTAL, AIEPIS 10

Seguimientos: 10

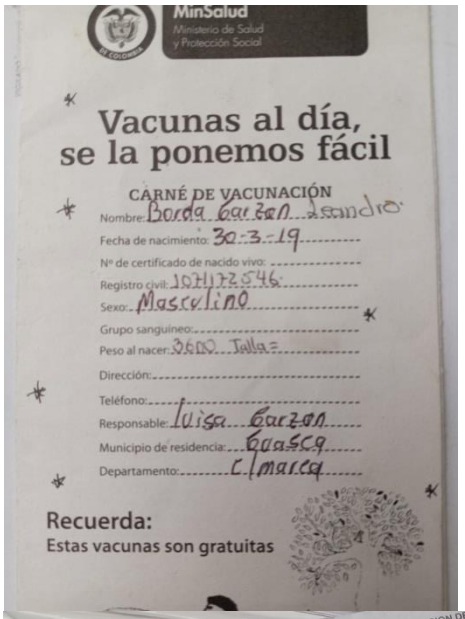
1. Yorbi Alejandro Villareal: se realizó visita el 19/02/25 donde se aplica AIEPI; se observa que la menor está sin registro civil en el momento de la visita se le brindan indicaciones y se canaliza. Se realizó visita de seguimiento en el mes de mayo y ya no se encuentran en esa casa. En el recorrido realizado el 04/09/2025 se encuentra nuevamente la familia y se observa que el menor continúa sin registro civil, sin seguro y sin vacuna de los 5 años; se brinda información, educación y se re canaliza para los respectivos servicios.

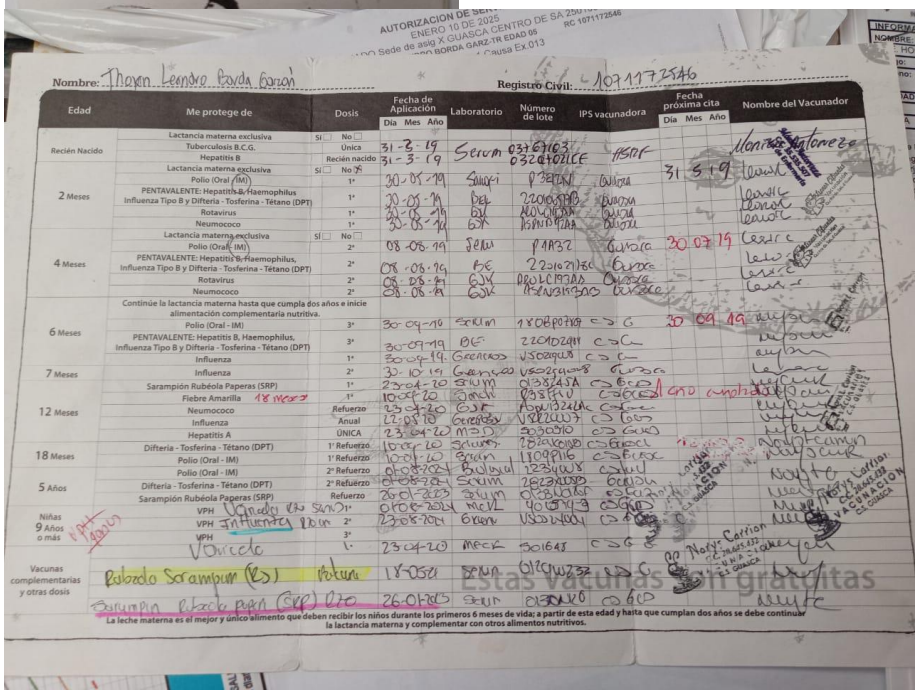


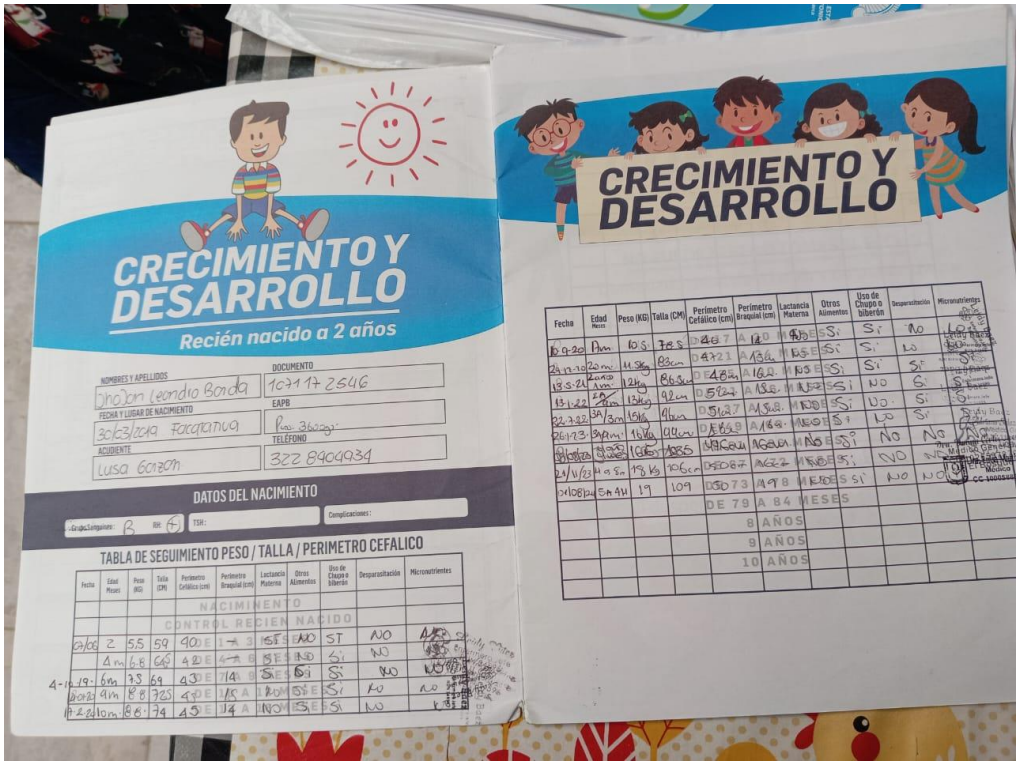


2. Johan Leandro Borda: se realizó visita en el mes de febrero donde se aplica AIEPI y se canalizó para odontología. Se realiza visita de seguimiento el día 09/09/2025 y se observa que si asistieron a la cita el día 13/02/2025 pero

no le registraron nada en el carnet de crecimiento y desarrollo.



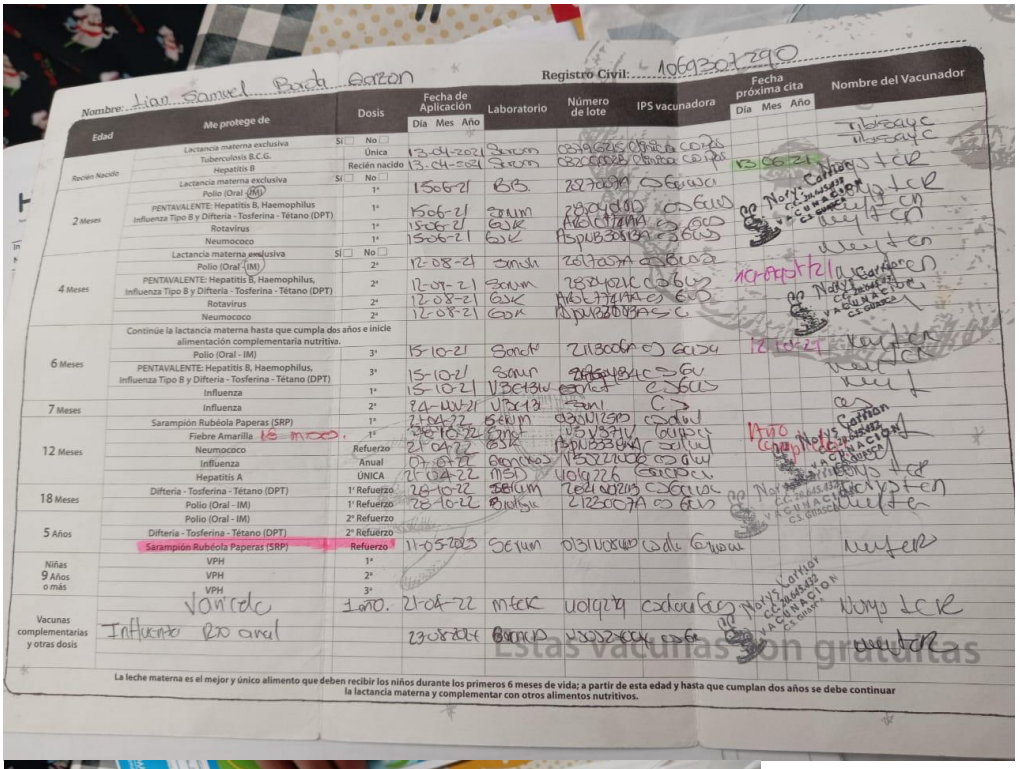


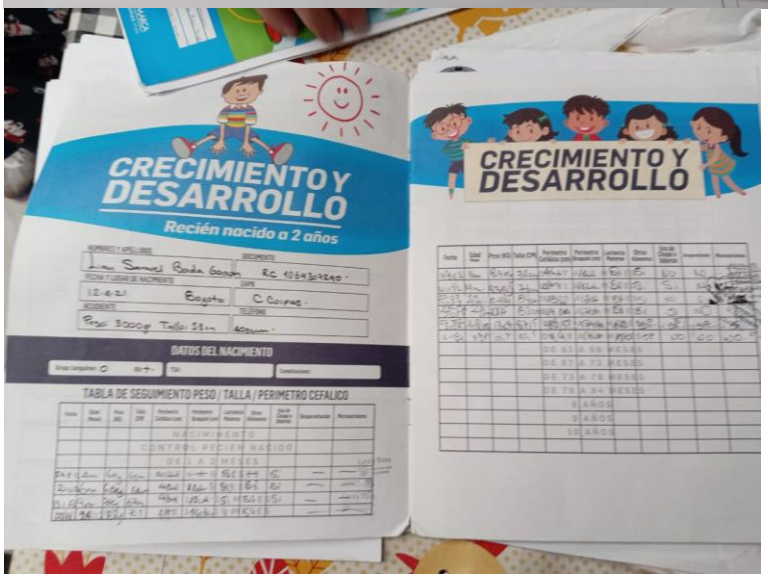


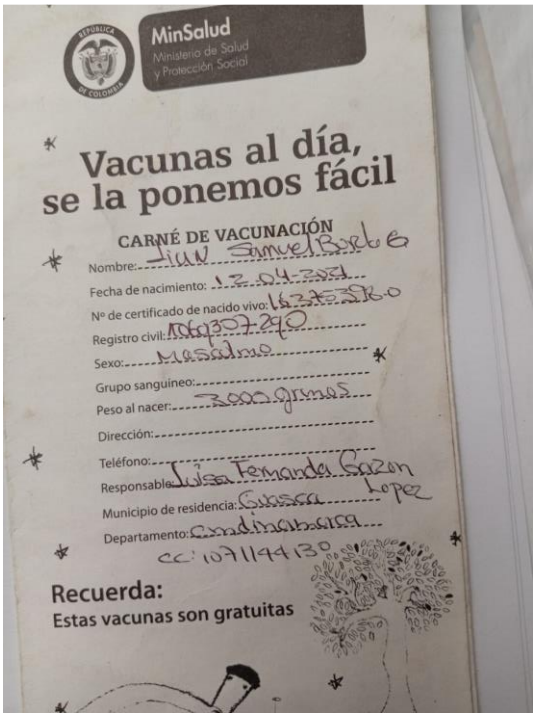
3. Liam Samuel Borda: se realizó visita en el mes de febrero donde se aplica AIEPI y se canalizó para odontología. Se realiza visita de seguimiento el día 09/09/2025 y se observa que si asistieron a la cita el día 13/02/2025 pero no le registraron nada en el carnet de crecimiento y desarrollo.



Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**






MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social
Vacunas al día, se la ponemos fácil
CARNÉ DE VACUNACIÓN
Nombre:
Fecha de nacimiento:
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil:
Sexo:
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer:
Dirección:
Teléfono:
Responsable:
Municipio de residencia:
Departamento:
Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas

4. Dilan Peña Roa: se realiza visita a la menor ubicada en el micro territorio de la vereda Corales, a quien le aplicaron ficha AIEPI el pasado 01/05/2025 y se canaliza para el 5 de mayo la jornada de salud en corales, observando que no lo llevaron; el papá dice que él no sabe nada y que los papeles los tiene la mamá en Bogotá, motivo por el cual no se adjunta evidencia fotográfica de los documentos y manifiesta que lo llevan a controles en Bogotá.



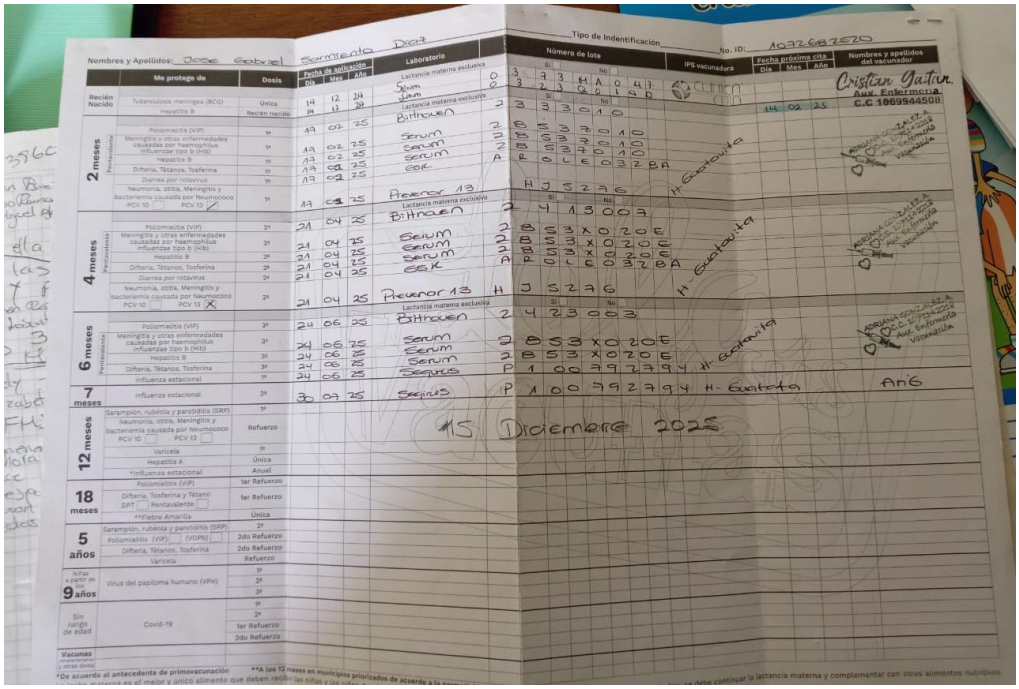
5. Leidy Peña Pulido: se realiza visita a la menor ubicada en el micro territorio de la vereda Corales el 01/05/2025 se canaliza para el 5 de mayo la jornada de salud en corales, observando que no lo llevaron; se evidencia que la menor continua sin la vacuna de VPH. Se brinda educación e información y se re canaliza. Se adjunta evidencia fotográfica solamente de la menor y no de los documentos pues manifiesta el padre de familia no tenerlos ahí en el momento de la visita porque la mamá se los llevó.



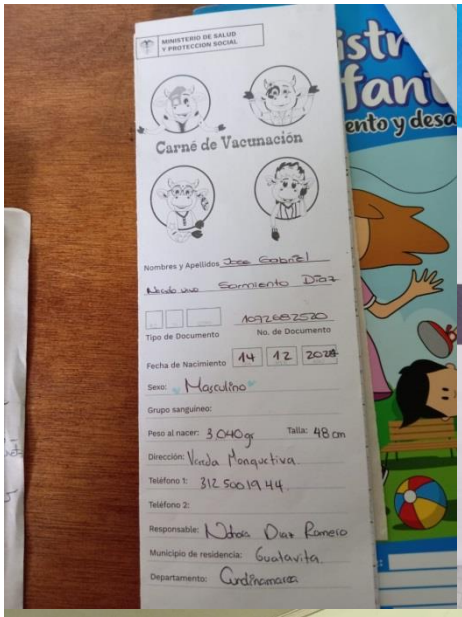
6. Ashley Peña Pulido: se realiza visita a la menor ubicada en el micro territorio de la vereda Corales el 01/05/2025 se canaliza para el 5 de mayo la jornada de salud en corales, observando que no lo llevaron; se evidencia que la menor continua sin control de crecimiento y desarrollo ni de odontología. Se brinda educación e información y se re canaliza para los servicios mencionados. Se adjunta evidencia fotográfica solamente de la menor y no de los documentos pues manifiesta el padre de familia no tenerlos ahí en el momento de la visita porque la mamá se los llevó.

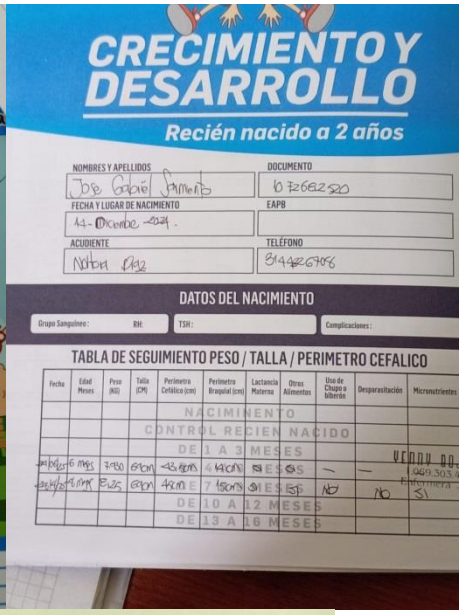


7. José Gabriel Sarmiento: se realiza visita a menor donde se aplicó AIEPI de seguimiento el 18/06/2025 donde se había canalizado para vacuna de los 6 meses y control de crecimiento y desarrollo. Se verifica el carnet y se comprueba que sí asistió a las citas. En esta ocasión se canaliza para pediatría.



Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**

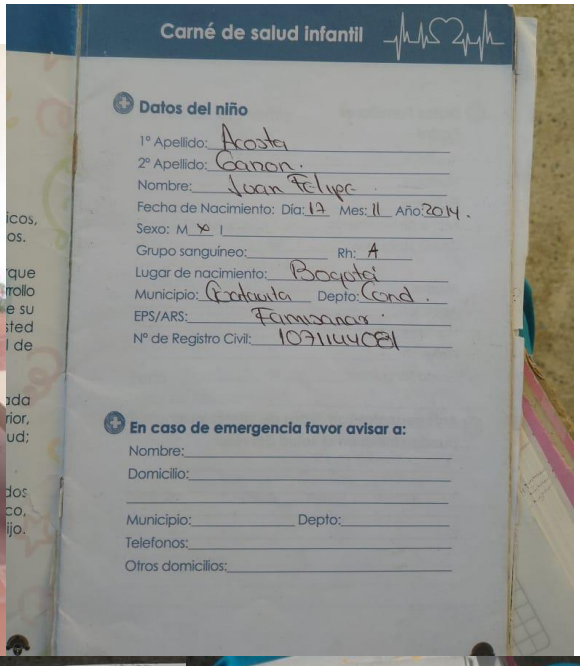


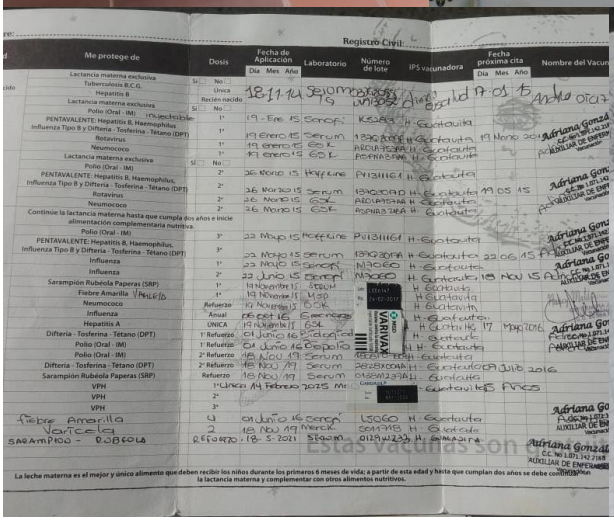


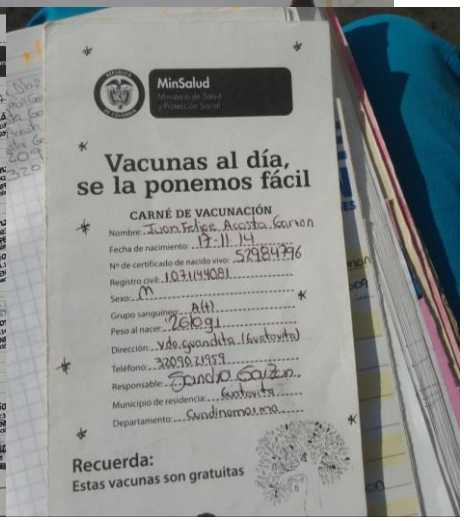


8. Juan Felipe Acosta: se realiza visita a la menor donde se aplicó AIEPI el pasado 18/06/2025 donde se encontró que la menor no tenía valoración por crecimiento y desarrollo y odontología por tanto es canalizada. Se evidencia que si asistió a los controles y que continua en tratamiento de odontología

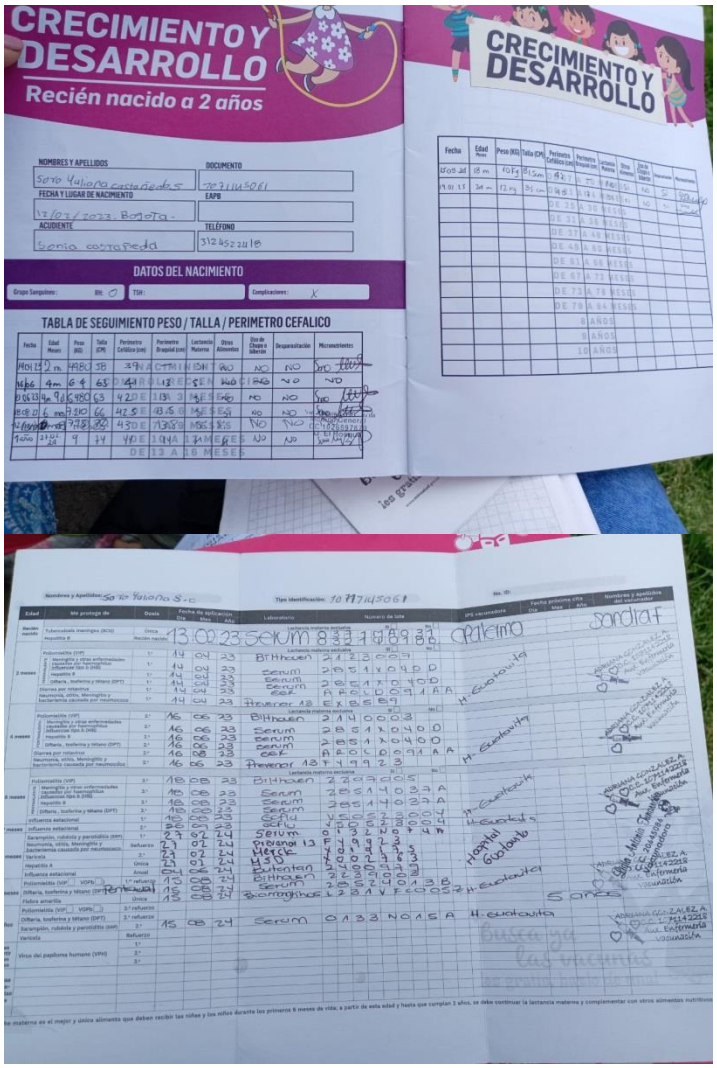




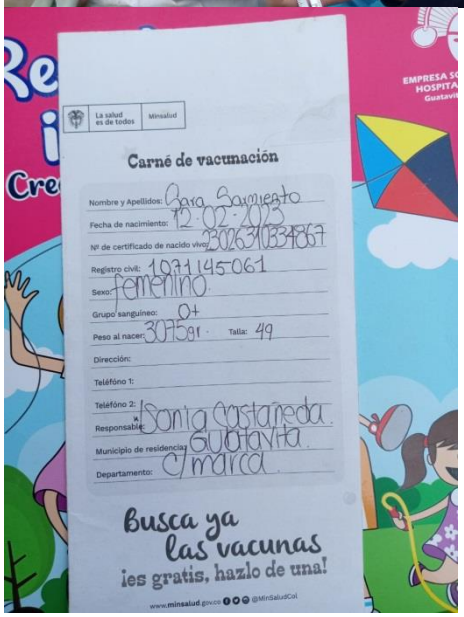




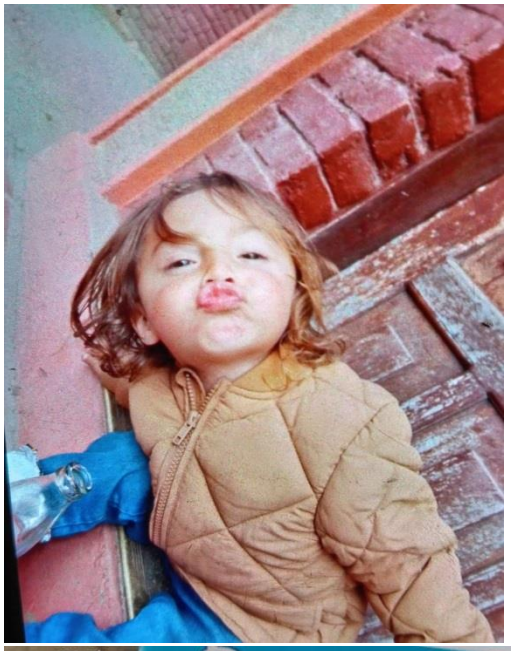
9. Sara Yuliana Sarmiento: se realiza visita a la menor donde se aplicó AIEPI el pasado 02/04/2025 donde se encontró que la menor no tenía valoración por crecimiento y desarrollo y odontología por tanto es canalizada. La madre refiere que si la llevó a los controles pero que el profesional que la atendió no le registró nada en la carpeta, le dijo que no era necesario.

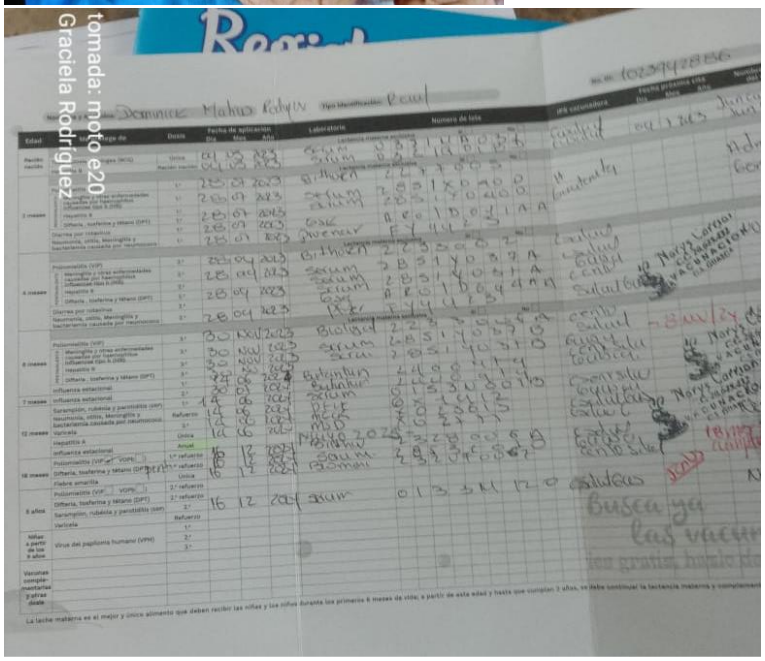


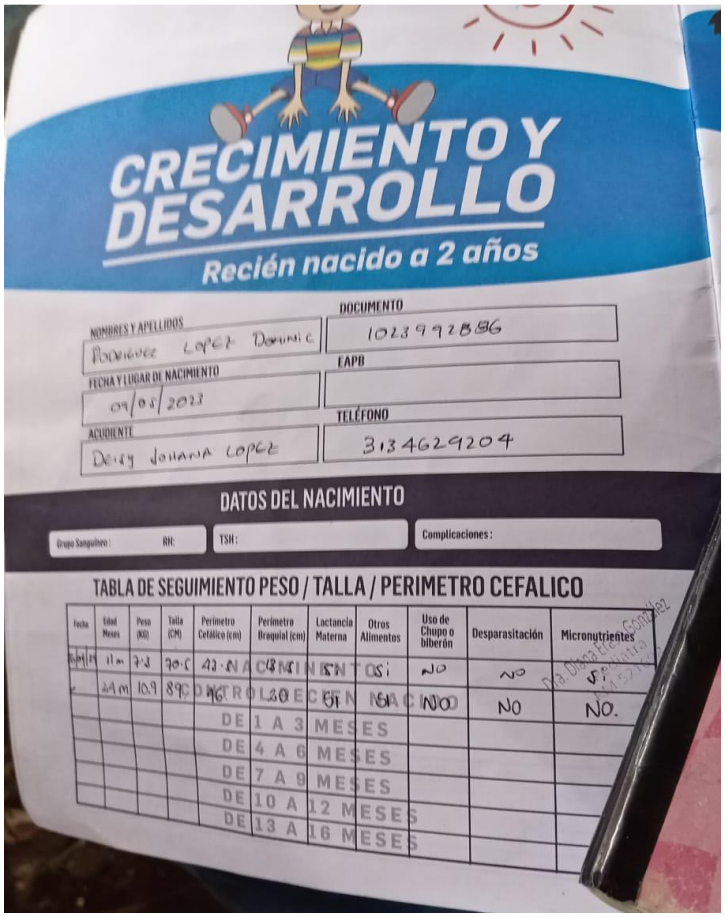




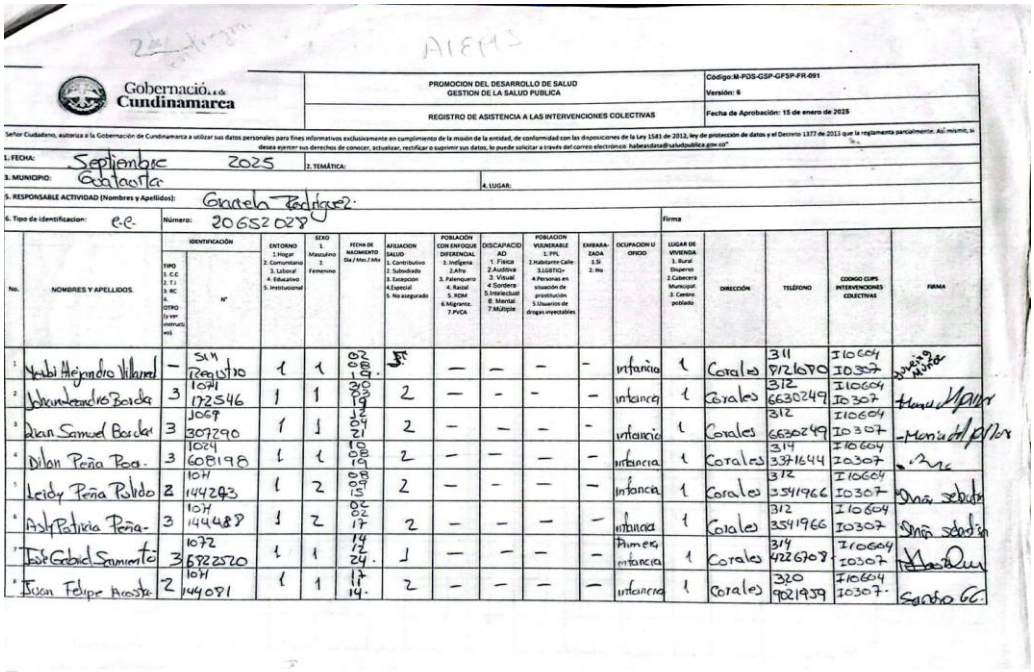
10. Dominic Matías Rodríguez: se realiza visita a la menor donde se aplicó AIEPI el pasado 02/04/2025 donde se encontró que la menor no tenía valoración por crecimiento y desarrollo por tanto es canalizado; se observa que el menor fue llevado al puesto de salud de Guasca, y en esta ocasión se canaliza para odontología.




tomada: moto e20
Graciela Rodriguez


CRECIMIENTO Y DESARROLLO
Recién nacido a 2 años
NOMBRES Y APELLIDOS
Rodríguez Lopez Dominic
DOCUMENTO
1023992886
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
09/05/2023
EAPB
ACUDIENTE
Deisy Johana Lopez
TELÉFONO
3134629204
DATOS DEL NACIMIENTO
Grupo Sanguíneo:
RH:
TSH:
Complicaciones:
TABLA DE SEGUIMIENTO PESO / TALLA / PERIMETRO CEFALICO
Fecha
Edad Meses
Peso (KG)
Talla (CM)
Perimetro Cefálico (cm)
Perimetro Braquial (cm)
Lactancia Materna
Otros Alimentos
Uso de Chupo o biberón
Desparasitación
Micronutrientes
11m 7.3 70.5 43 NACIMIENTO SI NO NO
24m 10.9 89 46 CRECIMIENTO 30 SEMANAS SI NO NO NO.
DE 1 A 3 MESES
DE 4 A 6 MESES
DE 7 A 9 MESES
DE 10 A 12 MESES
DE 13 A 16 MESES

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-029	
		Versión: 02	
	Información de Actividades PIC	Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.	

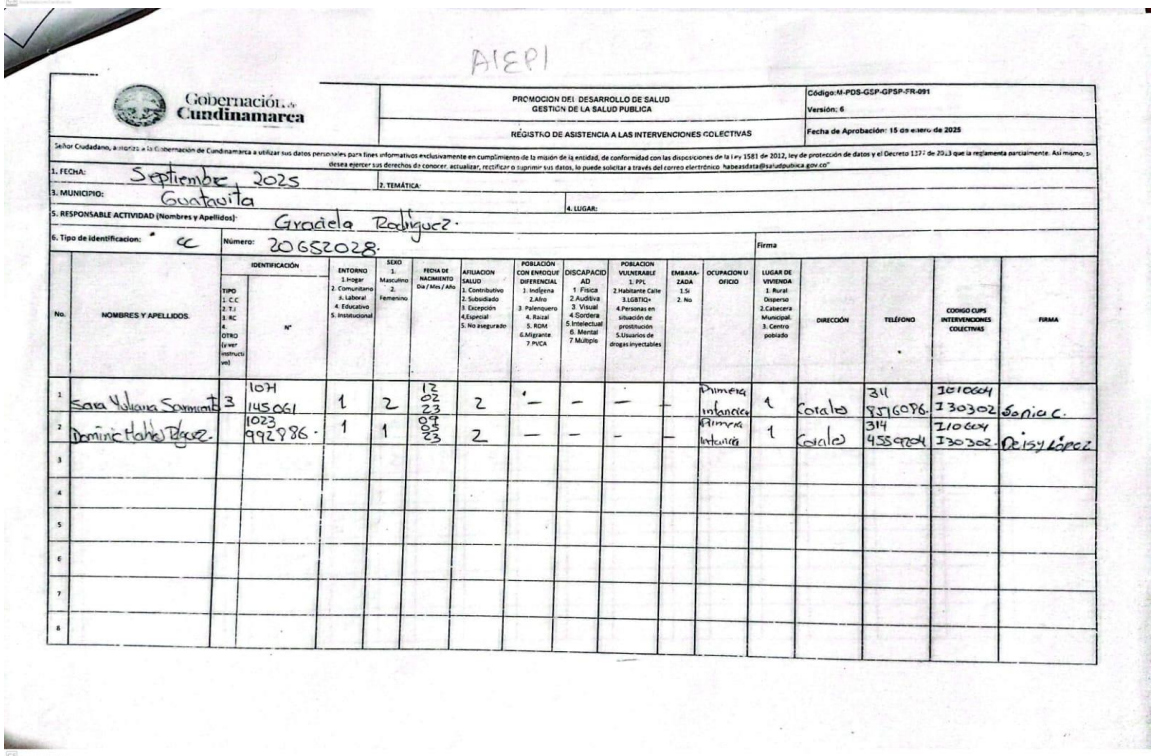


PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA
Código:M-PDS-GSP-GFSP-FR-091
Versión: 6
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

1. FECHA: Septiembre 2025 — 2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita — 4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez.
6. Tipo de identificacion: C.C. — Número: 20652028 — Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4 Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Multiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Yeubi Alejandra Villamil	—	SIN REGISTRO	1	1	02 08 19	J	—	—	—	—	infancia	1	Corales	311 8726890	I10604 I0307	
2	Juan Leandro Borda	3	1071 172546	1	1	30 09	2	—	—	—	—	infancia	1	Corales	312 6630249	I10604 I0307	
3	Juan Samuel Borda	3	1069 1307290	1	1	12 09 21	2	—	—	—	—	infancia	1	Corales	312 6630249	I10604 I0307	
4	Dilan Peña Pena.	3	1024 608198	1	1	10 08 19	2	—	—	—	—	infancia	1	Corales	314 3371644	I10604 I0307	
5	Leidy Peña Pulido	2	1071 144283	1	2	09 09 15	2	—	—	—	—	infancia	1	Corales	312 3541966	I10604 I0307	
6	Ashly Patricia Peña.	3	1071 144488	1	2	02 02 17	2	—	—	—	—	infancia	1	Corales	312 3541966	I10604 I0307	
7	José Gabriel Sammito	3	1072 6922520	1	1	14 12 24.	1	—	—	—	—	Primera infancia	1	Corales	314 4226708	I10604 I0307	
8	Juan Felipe Acosta	2	1071 144081	1	1	17 14.	2	—	—	—	—	infancia	1	Corales	320 9021939	I10604 I0307.	



PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA
Código:M-PDS-GSP-GFSP-FR-091
Versión: 6
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

1. FECHA: Septiembre 2025 — 2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita — 4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez.
6. Tipo de identificacion: CC — Número: 20652028. — Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Multiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Sara Yuliana Sammito	3	1071 145061	1	2	17 02 23	2	—	—	—	—	Primera infancia	1	Corales	311 8726086.	I010604 I30302	
2	Dominic Halid Perez.		1023 992986.	1	1	09 03 23	2	—	—	—	—	Primera infancia	1	Corales	314 4558984	I10604 I30302	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	

ACTIVIDAD 3 GESTANTES

Se realiza búsqueda activa de gestantes y puérperas residentes en la vereda Corales, con el propósito de brindar educación sobre factores de riesgo durante el embarazo y el posparto, así como de reforzar la importancia de asistir de manera oportuna y continúa a todos los controles prenatales y posparto, para garantizar un adecuado seguimiento de la salud materna y neonatal.

Durante la jornada, se efectúa seguimiento a la paciente Nohora Díaz Romero, identificada con C.C. No. 1074415633, quien se encuentra en puerperio de alto riesgo debido a antecedentes de preclamsia y diabetes gestacional. Se realiza toma de tensión arterial, con resultado de 110/70, dentro de parámetros normales.

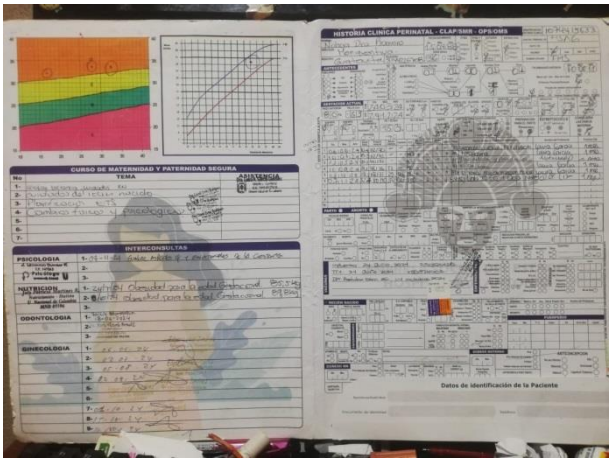
Se orienta a la paciente sobre la importancia de vigilar signos de alarma como dolor de cabeza intenso, visión borrosa, fiebre, sangrado abundante o edema generalizado, recomendando acudir de inmediato a un servicio de salud en caso de presentar alguno de ellos. Asimismo, se sugiere controlar periódicamente la presión arterial y mantener una alimentación balanceada, baja en sal y azúcares refinados.

Adicionalmente, se refuerza la recomendación de continuar con la lactancia materna exclusiva y a libre demanda durante los primeros seis meses, asistir a las citas de control de crecimiento y desarrollo del recién nacido, y cumplir los controles médicos posparto y de planificación familiar.

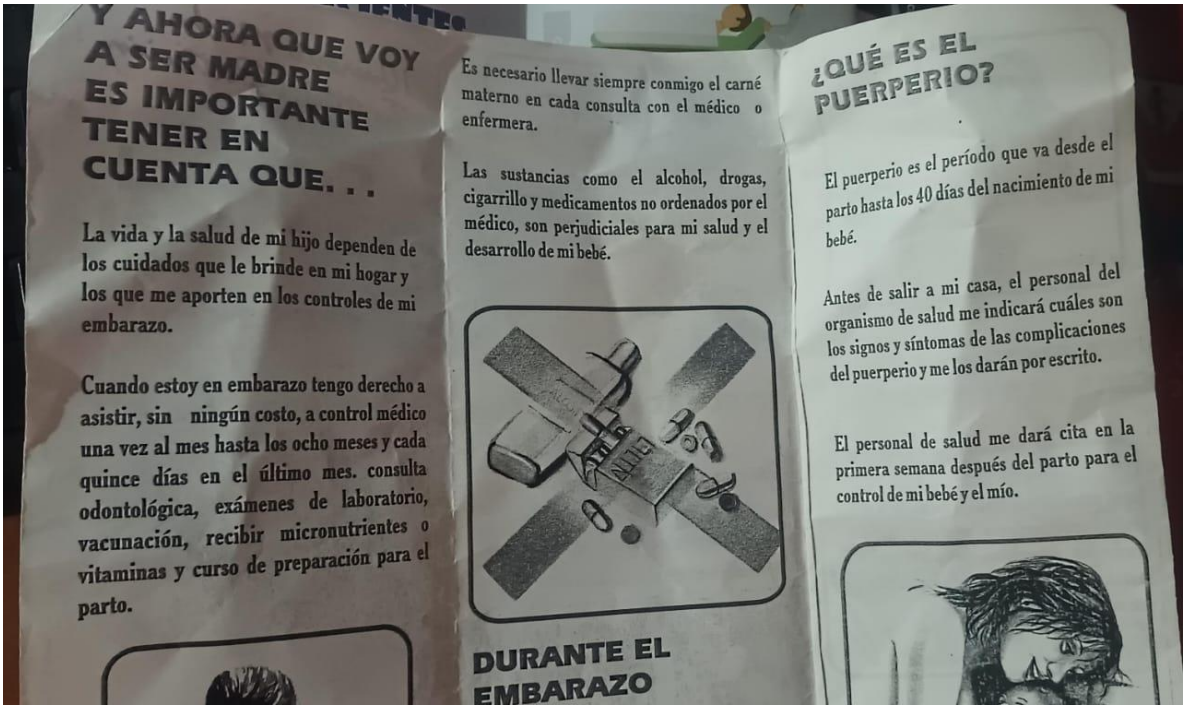
Finalmente, se explica a la paciente que el riesgo asociado a su condición puede extenderse hasta un año después del parto, por lo cual es fundamental mantener una vigilancia continua de su estado de salud y acudir a los servicios de control según las indicaciones del personal médico.



y desarrollo.



Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-029
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.



Y AHORA QUE VOY A SER MADRE ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE. . .

La vida y la salud de mi hijo dependen de los cuidados que le brinde en mi hogar y los que me aporten en los controles de mi embarazo.

Cuando estoy en embarazo tengo derecho a asistir, sin ningún costo, a control médico una vez al mes hasta los ocho meses y cada quince días en el último mes. consulta odontológica, exámenes de laboratorio, vacunación, recibir micronutrientes o vitaminas y curso de preparación para el parto.

Es necesario llevar siempre conmigo el carné materno en cada consulta con el médico o enfermera.

Las sustancias como el alcohol, drogas, cigarrillo y medicamentos no ordenados por el médico, son perjudiciales para mi salud y el desarrollo de mi bebé.

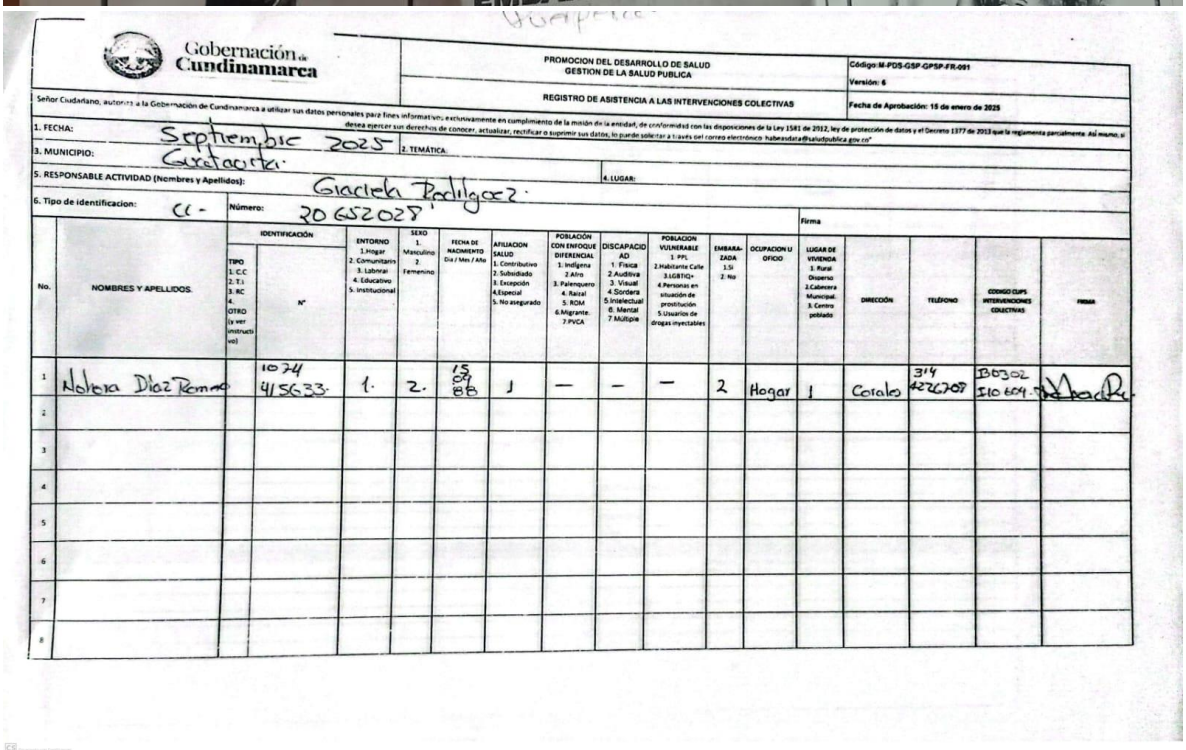
DURANTE EL EMBARAZO

¿QUÉ ES EL PUERPERIO?

El puerperio es el período que va desde el parto hasta los 40 días del nacimiento de mi bebé.

Antes de salir a mi casa, el personal del organismo de salud me indicará cuáles son los signos y síntomas de las complicaciones del puerperio y me los darán por escrito.

El personal de salud me dará cita en la primera semana después del parto para el control de mi bebé y el mío.



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-001
Versión: 6

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

Señor Ciudadano, autorizo a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos, exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

1. FECHA: Septiembre 2025 2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita
4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez
6. Tipo de identificacion: CC - Número: 20652028 Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO ¿y ver instructivo)	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Multiple	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Nohora Diaz Ramos		1074 41563	1.	2.	15 09 88	1	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	314 4226708	B0302 I10 654	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	

ACTIVIDAD 4 VACUNACION

En el Micro territorio de la vereda de Corales se brinda educación a las familias acerca de lo que debemos saber de las vacunas se necesitan para protegerse de enfermedades peligrosas. Estas enfermedades pueden tener complicaciones graves incluso provocar hasta muerte son importantes para el cuidado de la salud de toda la comunidad ya que son las encargadas de protegernos de numerosas enfermedades que afectan sobre todo a niños y niñas. Se les sensibilizó sobre la importancia de mantener actualizado el Esquema Nacional de Vacunación y los biológicos de VPH, DTaP acelular, Td, influenza, fiebre amarilla, sarampión y rubéola. Se destacó que la vacunación es una herramienta fundamental para prevenir enfermedades infecciosas como la rubeola, la influenza y el sarampión, protegiendo así la salud de toda la comunidad.

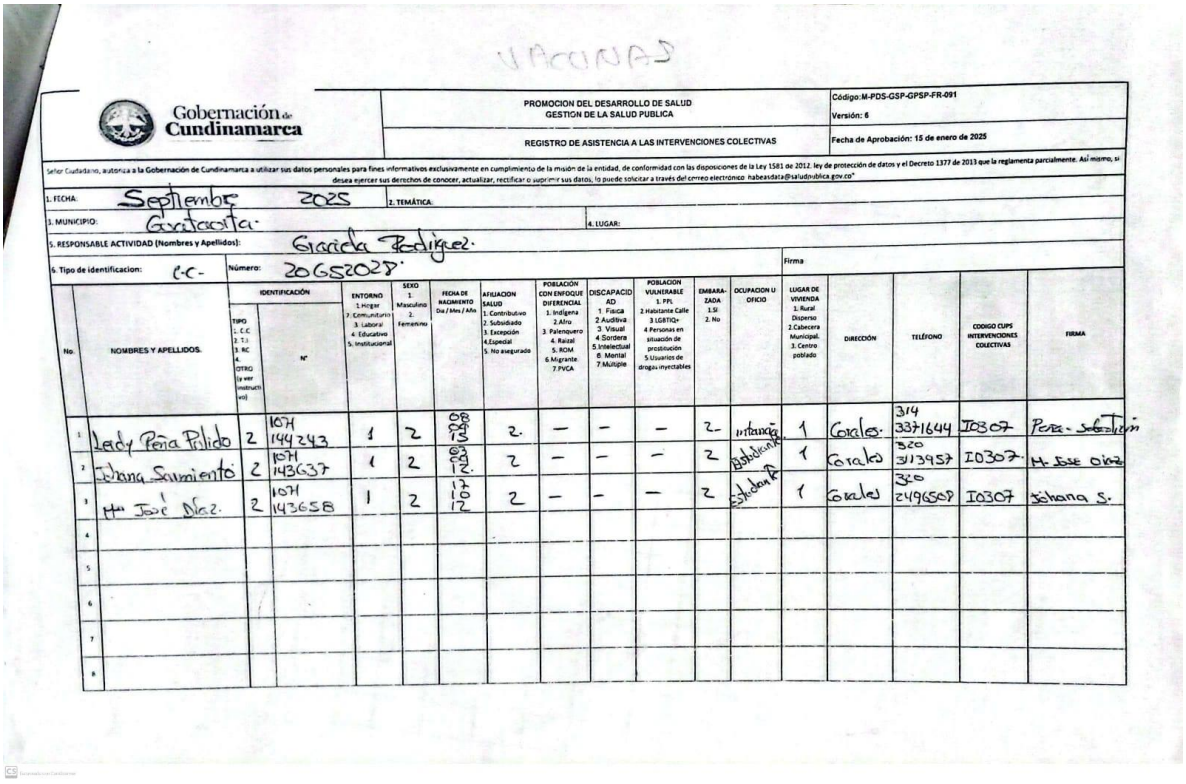
Se encontró menor Leidy Peña Pulido sin la vacuna de VPH.

Por otra parte, la menor Johana Sarmiento sin la vacuna de toxoide tetánico.

A la menor María José Díaz sin esquema de toxoide tetánico.

LAS VACUNAS SON SEGURAS; Si son seguras sin embargo hay que tener precauciones con algunas las cuales se les indica en el momento de la aplicación

TIENE LAS VACUNAS EFECTOS SECUNDARIOS; SI algunas vacunas pueden tener efectos secundarios las cuales pueden ser fiebre leve, salpullido o dolor en el lugar de la aplicación



VACUNAS

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091
Versión: 6

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012. ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludnublica.gov.co"

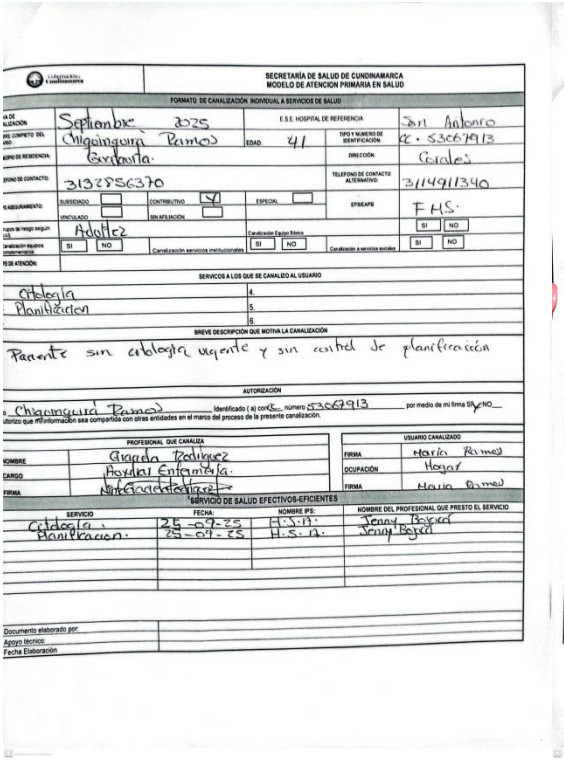
1. FECHA: Septiembre 2025 — 2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita — 4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Gricela Rodriguez.
6. Tipo de identificacion: C.C. — Número: 20652029 — Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (a ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO 1. Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Multiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3 LGBTIQ+ 4 Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.SI 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Lady Peña Pulido	2	1071 144243	1	2	08 08 15	2.	—	—	—	2-	infancia	1	Corales.	314 3371644	I0307	Peña - Sánchez
2	Tatiana Sanmiento	2	1071 143637	1	2	03 03 12.	2	—	—	—	2	Adolescente	1	Corales	320 3113957	I0307	M. José Díaz
3	Mª José Díaz.	2	1071 143658	1	2	17 10 12	2	—	—	—	2	Estudiante	1	Corales	320 2496509	I0307	Tatiana S.
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	

ACTIVIDAD 5 CANALIZACIONES

Dentro del micro territorio de la vereda CORALES se brinda educación sobre detectar tempranamente los problemas de salud y situaciones vitales que afectan el desarrollo de la población, importancia de la educación, que es uno de los factores que más influye en el avance y progreso de las personas

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN: Septiembre 2025 — E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA: San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: Chicangana Ramos — EDAD: 41 — TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC - 53069913
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Guatavita — DIRECCIÓN: Corales
TELEFONO DE CONTACTO: 3132856370 — TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: 3114911340
TIPO ASEGURAMIENTO: SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☑ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐ — EPS/EAPB: FHS
Grupos de riesgo según RIAS: Adultez — Canalización equipos complementarios: SI ☐ NO ☐ — Canalización servicios institucionales: SI ☐ NO ☐ — Canalización a servicios sociales: SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO
1. Odontología
2. Planificación
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN
Paciente sin odontología urgente y sin control de planificación

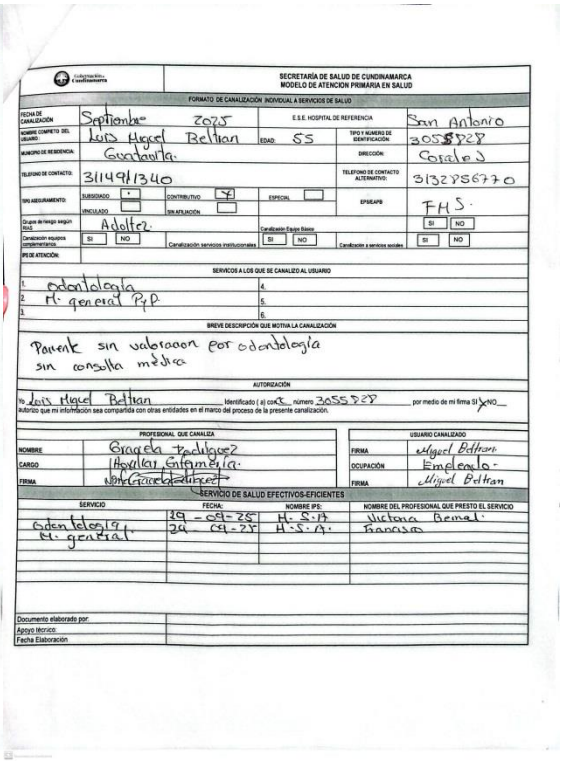
AUTORIZACIÓN
Yo Chicangana Ramos Identificado (a) con CC número 53069913 por medio de mi firma SI X NO ☐
autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Gregoria Rodriguez	FIRMA	María Ramos
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Nohe Gregoria Rodriguez	FIRMA	María Ramos

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontología Planificación	25-09-25 29-09-25	H.S.A. H.S.A.	Jenny Bojacá Jenny Bojacá

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración:



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN: Septiembre 2025 — E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA: San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: Luis Miguel Beltran — EDAD: 55 — TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 3055828
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Guatavita — DIRECCIÓN: Corales J
TELEFONO DE CONTACTO: 3114911340 — TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: 3132856770
TIPO ASEGURAMIENTO: SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☑ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐ — EPS/EAPB: FHS
Grupos de riesgo según RIAS: Adultez — Canalización equipos complementarios: SI ☐ NO ☐ — Canalización servicios institucionales: SI ☐ NO ☐ — Canalización a servicios sociales: SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO
1. odontología
2. M. general P y P
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN
Paciente sin valoracion por odontología sin consulta médica

AUTORIZACIÓN
Yo Luis Miguel Beltran Identificado (a) con CC número 3055828 por medio de mi firma SI X NO ☐
autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

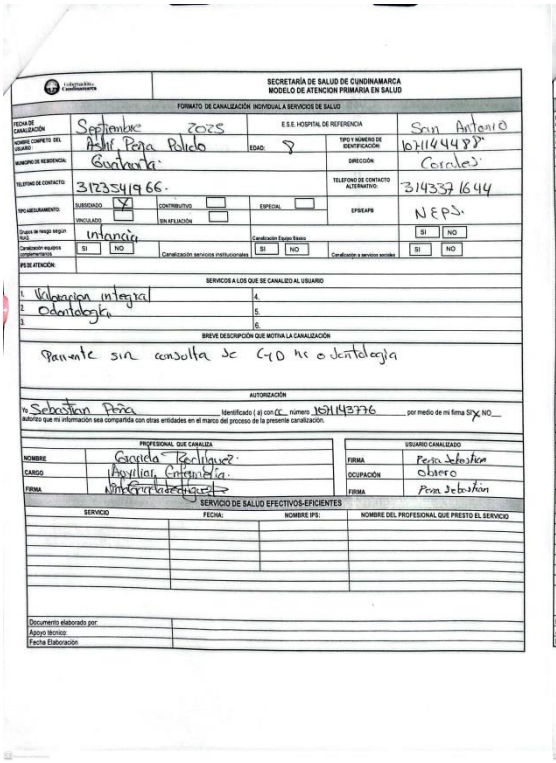
PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Gregoria Rodriguez	FIRMA	Miguel Beltran
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	Empleado
FIRMA	Nohe Gregoria Rodriguez	FIRMA	Miguel Beltran

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontología M. general	29-09-25 30-09-25	H.S.A. H.S.A.	Viviana Bernal Vivian

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración:

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Ashlf Peña Pulido	EDAD: 8	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1071144283
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.		DIRECCIÓN: Corales.
TELEFONO DE CONTACTO:	3123541966.		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: 3143371644
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]		EPS/EAPB: NEPS.
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia.	Canalización Equipo Básico	SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales SI NO	Canalización a servicios sociales SI NO
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Valoración integral
2. odontología.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin consulta de CyD ni odontología

AUTORIZACIÓN

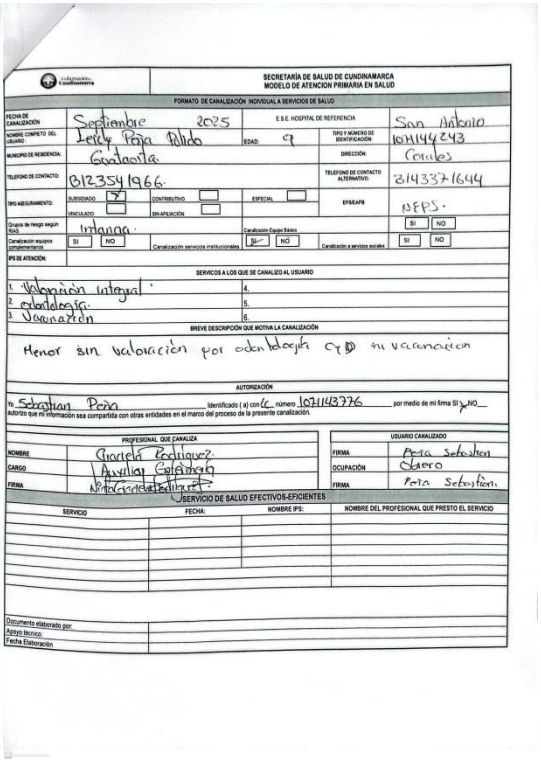
Yo Sebastian Peña Identificado (a) con CC número 1071143776 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Gricela Rodriguez.	FIRMA	Peña Sebastian
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	Obrero
FIRMA		FIRMA	Peña Sebastian

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Leidy Peña Pulido	EDAD: 9	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1071142843
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.		DIRECCIÓN: Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3123541966.		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: 3143371644
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]		EPS/EAPB: NEPS.
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia.	Canalización Equipo Básico	SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales SI NO	Canalización a servicios sociales SI NO
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Valoración integral
2. odontología.
3. Vacunación
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor sin valoración por odontología CyD ni vacunación

AUTORIZACIÓN

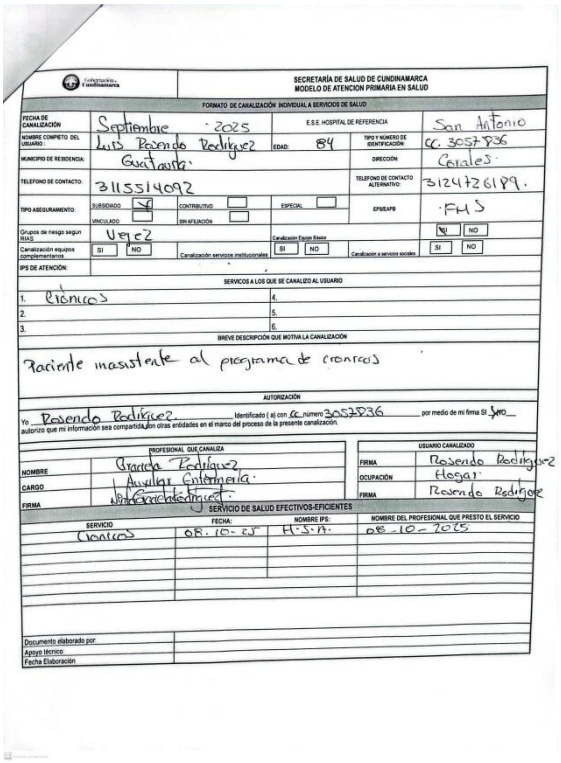
Yo Sebastian Peña Identificado (a) con CC número 1071143776 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Gricela Rodriguez.	FIRMA	Peña Sebastian
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	Obrero
FIRMA		FIRMA	Peña Sebastian.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre · 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Luis Resendo Rodriguez	EDAD: 84	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: cc. 3057836
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.		DIRECCIÓN: Corales.
TELEFONO DE CONTACTO:	3115514092		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: 3124726189.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X CONTRIBUTIVO ESPECIAL		EPS/EAPB · FHS
	VINCULADO SIN AFILIACIÓN		
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez	Canalización Equipo Básico	SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales SI NO	Canalización a servicios sociales SI NO
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Clínicos	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente inasistente al programa de crónicos

AUTORIZACIÓN

Yo Resendo Rodriguez Identificado (a) con CC número 3057836 por medio de mi firma SI X NO autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

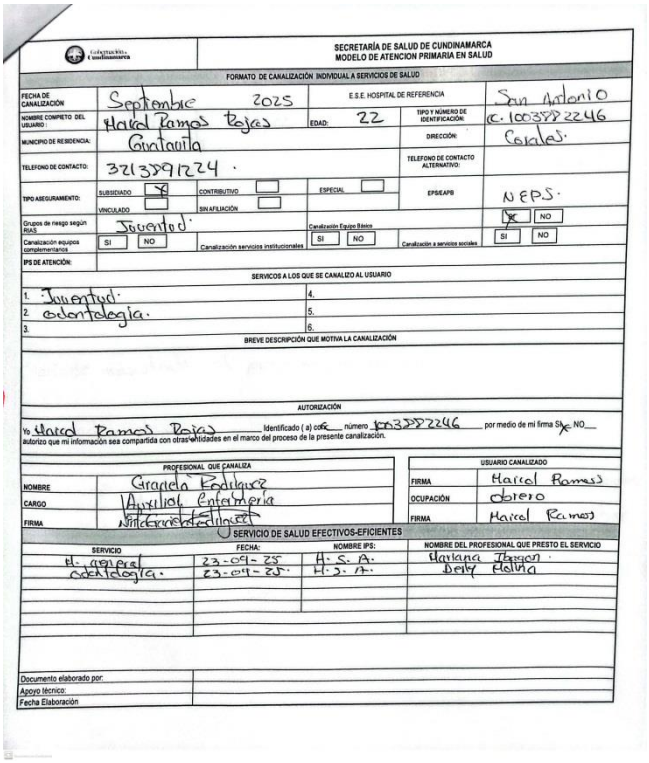
PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Gracela Rodriguez	FIRMA	Resendo Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA		FIRMA	Resendo Rodriguez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Cronicos	08. 10- 25	H.S.A.	08-10-2025

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Maicol Ramos Rojas	EDAD:	22	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1003522246
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Girardota			DIRECCIÓN:	Carrera.
TELEFONO DE CONTACTO:	3213591224.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	NEPS.
Grupos de riesgo según RIAS	Juventud.	Canalización Equipo Básico			X NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Juventud.	4.
2. odontologia.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

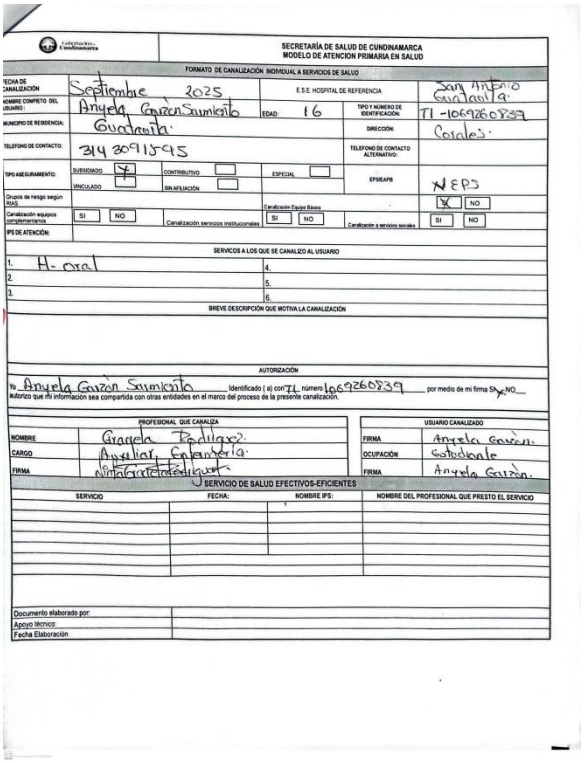
Yo Maicol Ramos Rojas identificado (a) con cc número 1003522246 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodriguez	FIRMA	Maicol Ramos
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	obrero
FIRMA	Graciela Rodriguez	FIRMA	Maicol Ramos

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
M. general	23-09-25	H. S. A.	Mariana Jaramillo
odontologia.	23-09-25.	H. S. A.	Deiby Molina

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN: Septiembre 2025
E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA: San Antonio Guatavita
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: Anyela Garzon Sarmiento
EDAD: 16
TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: TI-1069260839
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Guatavita
DIRECCIÓN: Corales
TELEFONO DE CONTACTO: 3143091595
TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:
TIPO ASEGURAMIENTO: SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]
EPS/EAPB: NEPS
Grupos de riesgo según SISB
Canalización Equipo Básico: SI [X] NO [ ]
Canalización equipos complementarios: SI [ ] NO [ ]
Canalización servicios institucionales: SI [ ] NO [ ]
Canalización a servicios sociales: SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. H- oral
2.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

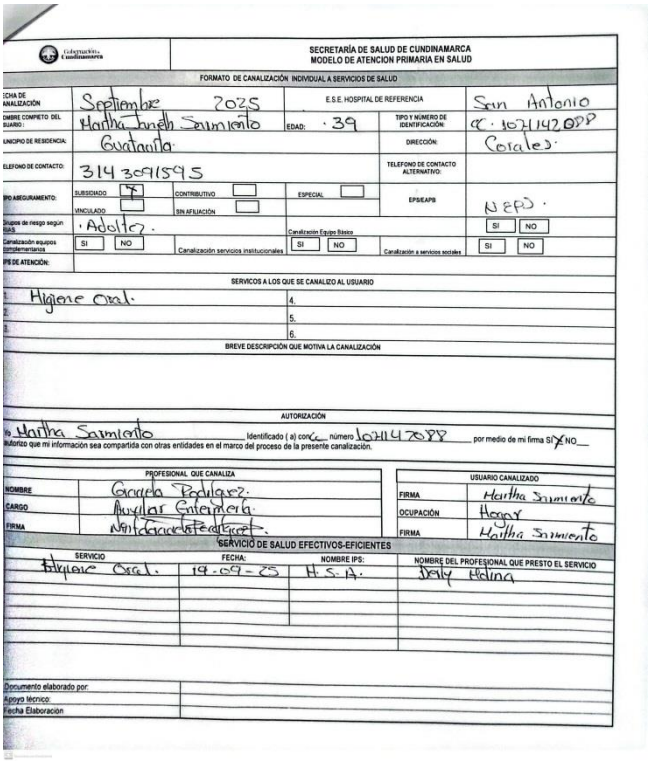
Yo Anyela Garzón Sarmiento identificado (a) con TI número 1069260839 por medio de mi firma SI [X] NO [ ]
autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graniela Padilla	FIRMA	Anyela Garzón
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA		FIRMA	Anyela Garzón

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN: Septiembre 2025
E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA: San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: Martha Janeth Sarmiento
EDAD: 39
TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC. 1071420888
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Guatavita
DIRECCIÓN: Corales
TELEFONO DE CONTACTO: 3143091595
TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:
TIPO AFILIACIÓN: SUBSIDIADO X; CONTRIBUTIVO; ESPECIAL; VINCULADO; SIN AFILIACIÓN
EPS/EAPB: NEPS.
Grupos de riesgo según RIAS: Adulto.
Canalización equipos multidisciplinarios: SI NO
Canalización servicios institucionales: SI NO
Canalización Equipo Básico: SI NO
Canalización a servicios sociales: SI NO
IPS DE ATENCIÓN:

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO
1. Higiene Oral.
2.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN
Yo Martha Sarmiento identificado (a) con CC número 1071420888 por medio de mi firma SI X NO__
Autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA
NOMBRE: Carrera Popular.
CARGO: Auxiliar Enfermería.
FIRMA:

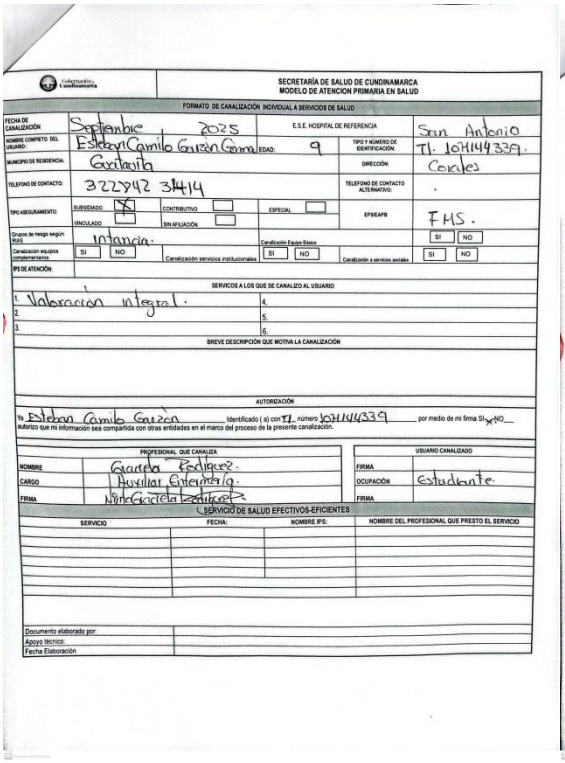
USUARIO CANALIZADO
FIRMA: Martha Sarmiento
OCUPACIÓN: Hogar
FIRMA: Martha Sarmiento

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Higiene Oral.	19-09-25	H.S.A.	Dely Molina

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboracion

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Esteban Camilo Guzmán Cómo EDAD: 9	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI. 1071149339.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Gachalá	DIRECCIÓN	Centro
TELEFONO DE CONTACTO	322542 3414	TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	.
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	EPS/EAPB	FHS.
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia.	Canalización Equipo Básico	SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ] Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ] Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Valoración integral.
2.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

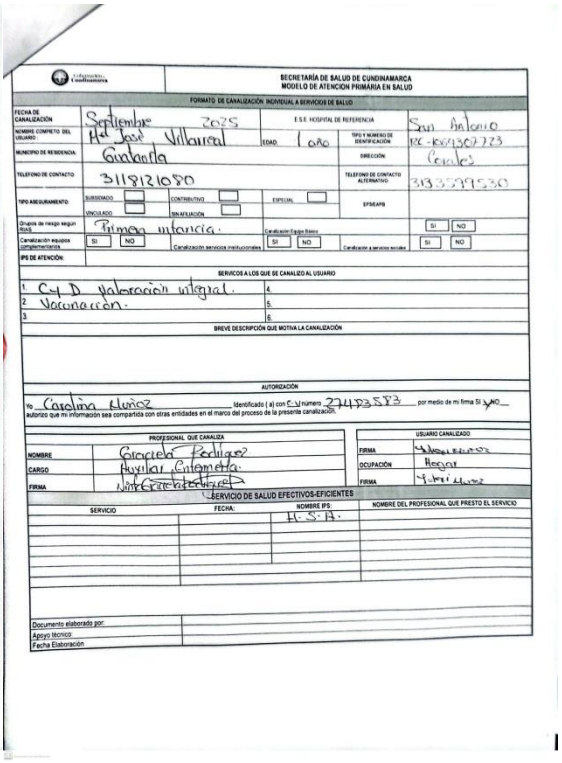
Yo Esteban Camilo Guzmán Identificado (a) con TI. número 1071149339 por medio de mi firma SI X NO
autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodríguez.	FIRMA	
CARGO	Auxiliar Enfermería.	OCUPACIÓN	Estudiante.
FIRMA	Graciela Rodríguez	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Ha José Villarreal EDAD: 1 año	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RC-1000350223
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Gachalá	DIRECCIÓN	Centro
TELEFONO DE CONTACTO	3118121080	TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	3133599530
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	EPS/EAPB	
Grupos de riesgo según RIAS	Primera infancia.	Canalización Equipo Básico	SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ] Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ] Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. C y D Valoración integral.
2. Vacunación.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Carolina Muñoz Identificado (a) con C.V número 2742 3583 por medio de mi firma SI X NO
autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

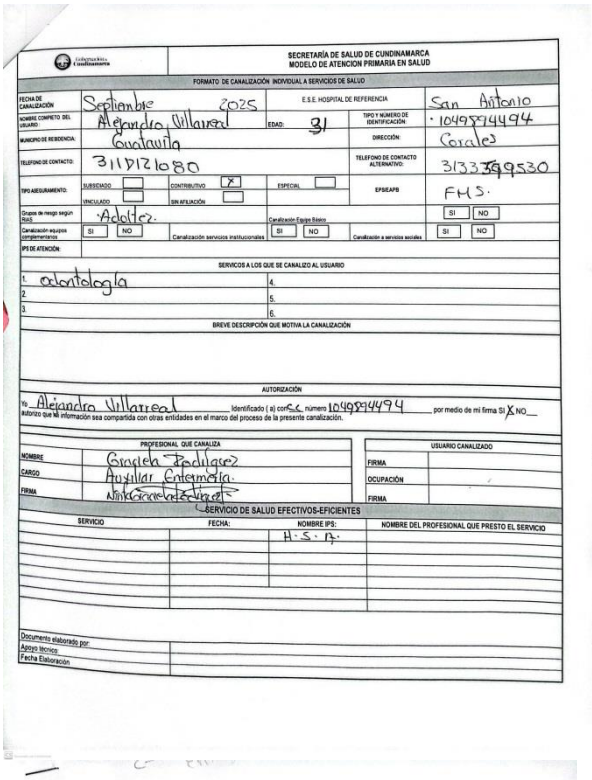
PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodríguez	FIRMA	
CARGO	Auxiliar Enfermería.	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Graciela Rodríguez	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS: H. S. A.	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Alejandra Villarreal	EDAD: 31	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1049994494
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Cundinamarca		DIRECCIÓN: Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3112126080		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: 3133399530
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐		EPS/EAPB: FMS.
Grupos de riesgo según RIAS	Adultez.	Canalización Equipo Básico	SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐ Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. odontología
2.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

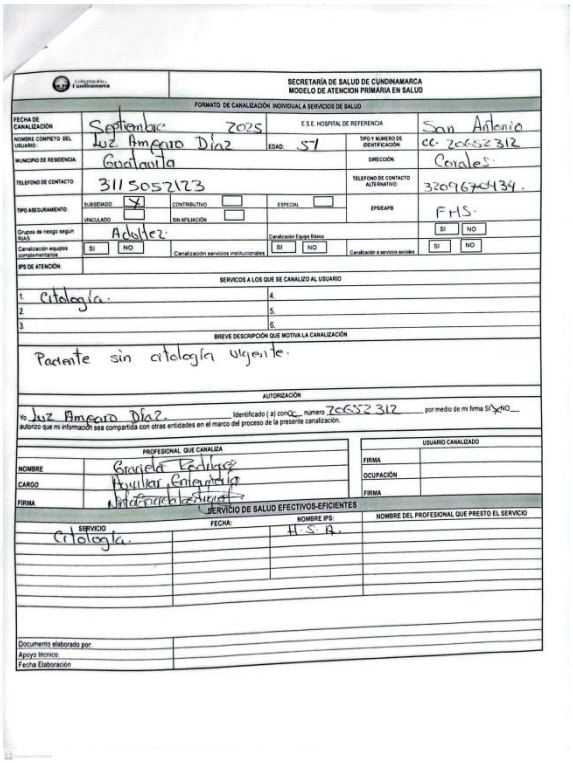
Yo Alejandra Villarreal identificado (a) con CC número 1049994494 por medio de mi firma SI X NO ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodriguez	FIRMA	
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
		H.S.A.	

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Luz Amparo Díaz	EDAD: 57	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC. 20655312
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Cundinamarca		DIRECCIÓN: Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3115052123		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: 3209674434
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐		EPS/EAPB: FMS.
Grupos de riesgo según RIAS	Adultez.	Canalización Equipo Básico	SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐ Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Citología.
2.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin citología vigente.

AUTORIZACIÓN

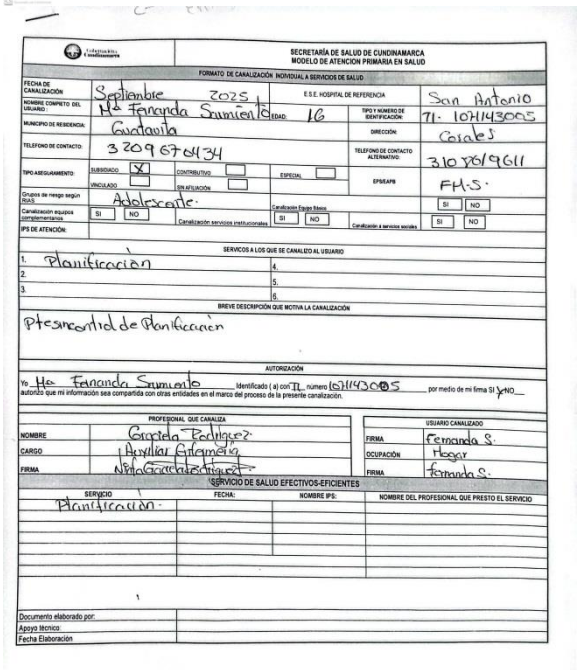
Yo Luz Amparo Díaz. identificado (a) con CC número 20655312 por medio de mi firma SI X NO ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodriguez	FIRMA	
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Citología.		H.S.A.	

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ha Fernanda Sumiento	EDAD: 16	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: TI. 1071143005
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Cundinamarca		DIRECCIÓN: Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3209674434		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: 3109869611
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐		EPS/EAPB: FMS.
Grupos de riesgo según RIAS	Adolescente.	Canalización Equipo Básico	SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐ Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Planificación
2.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Ptesencia de Planificación

AUTORIZACIÓN

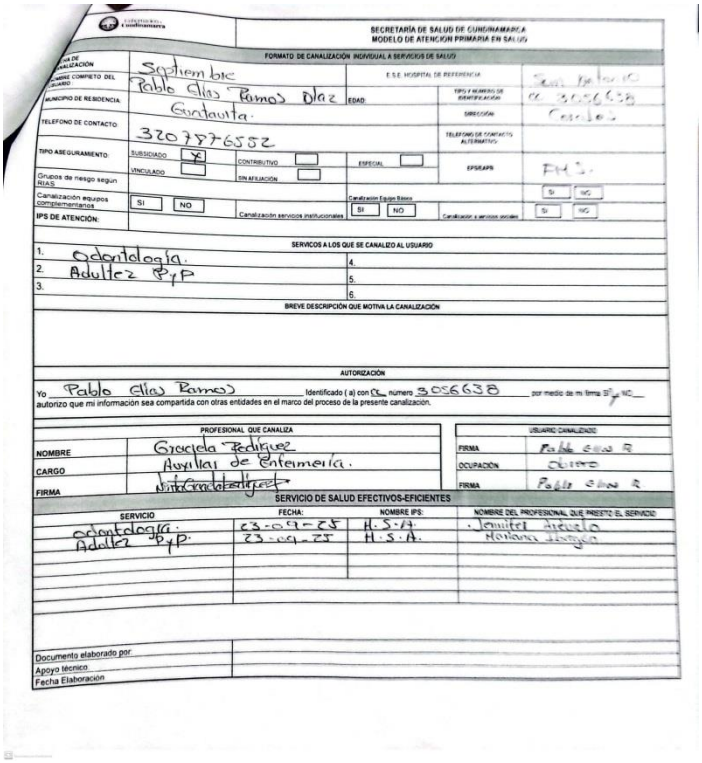
Yo Ha Fernanda Sumiento identificado (a) con TI. número 1071143005 por medio de mi firma SI X NO ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodriguez	FIRMA	Fernanda S.
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Fernanda S.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Planificación.			

Documento elaborado por:
Apoyo técnico
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN: Septiembre
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: Pablo Elias Ramos Diaz
EDAD:
E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA:
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Girardota.
TELEFONO DE CONTACTO: 3207876552
TIPO ASEGURAMIENTO: SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN
Grupos de riesgo segun RIAS
Canalización equipos complementarios: SI / NO
Canalización Equipo Básico: SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO
1. Odontología.
2. Adultez PyP
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN
Yo Pablo Elias Ramos identificado (a) con CC numero 3056638 por medio de mi firma SI X NO
autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA
NOMBRE: Graciela Rodriguez
CARGO: Auxiliar de Enfermería.
FIRMA:

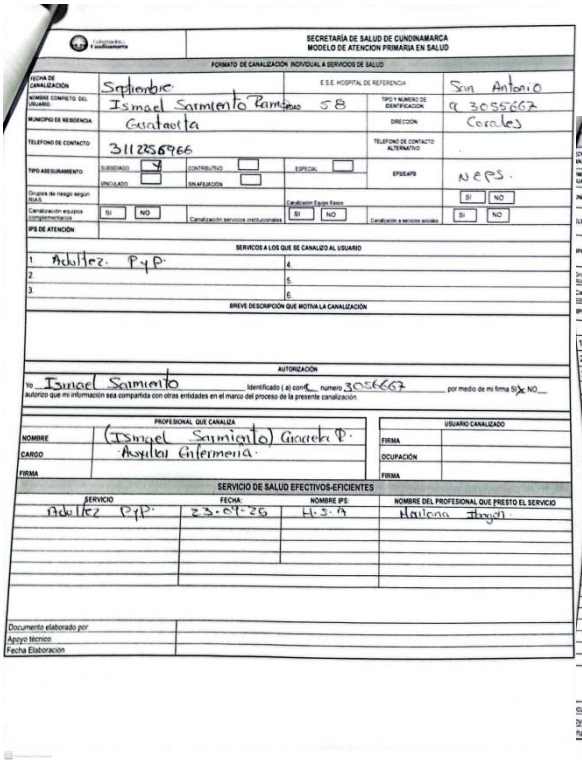
USUARIO CANALIZADO
FIRMA: Pablo Elias R
OCUPACIÓN: Obrero
FIRMA: Pablo Elias R

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
odontología. Adultez PyP.	23-09-25	H.S.A.	Jennifer Arevalo
	23-09-25	H.S.A.	Mariana Restrepo

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración:

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACION INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Ismael Sarmiento Ramirez 58	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	C 3055667
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Girardota	DIRECCION	Corales
TELEFONO DE CONTACTO	3112256966	TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACION	EPS/EAPB	NEPS.
Grupos de riesgo segun RIAS		Canalización Equipo Base SI / NO	SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales SI / NO	Canalización a servicios sociales SI / NO
IPS DE ATENCIÓN			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Adultez. PyP.	4.
2	5.
3	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

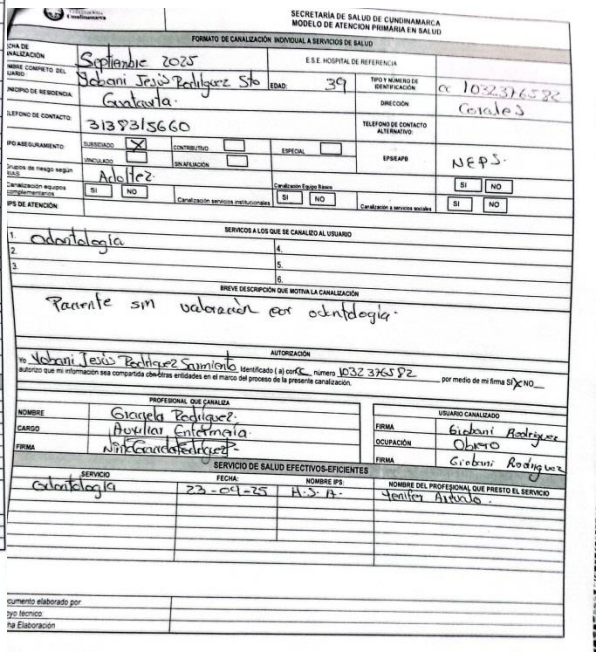
Yo Ismael Sarmiento Identificado (a) con C numero 3055667 por medio de mi firma SI X NO__
autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	(Ismael Sarmiento) Graciela P.	FIRMA	
CARGO	Auxiliar Enfermería.	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Adultez PyP.	23-09-25	H.S.A	Mariana Hoyos.

Documento elaborado por
Apoyo técnico
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Yobani Jesús Rodriguez Sto EDAD: 39	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	C 1032376582
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Girardota.	DIRECCIÓN	Corales
TELEFONO DE CONTACTO	3138315660	TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACION	EPS/EAPB	NEPS.
Grupos de riesgo segun RIAS	Adultez	Canalización Equipo Base SI / NO	SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	Canalización a servicios sociales SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin valoración por odontología.

AUTORIZACIÓN

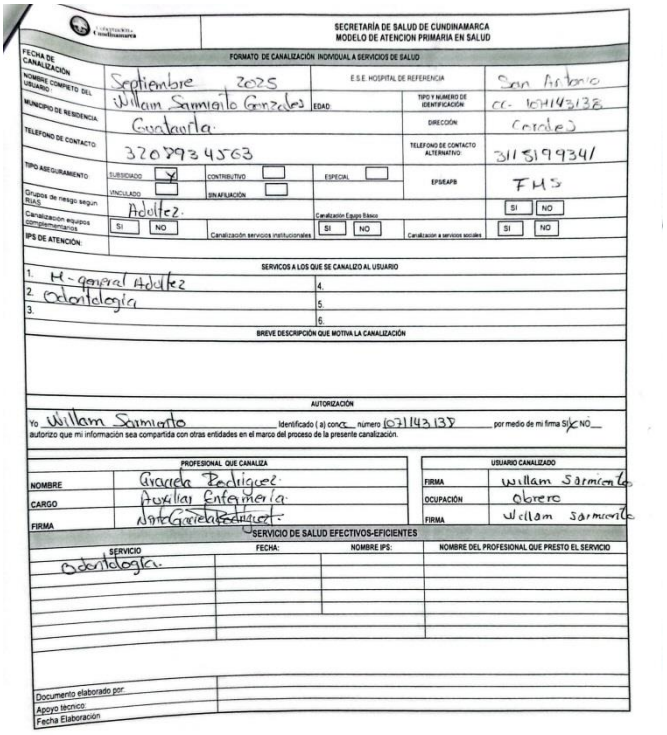
Yo Yobani Jesús Rodriguez Sarmiento Identificado (a) con C numero 1032 376582 por medio de mi firma SI X NO__
autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodriguez.	FIRMA	Grabani Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermería.	OCUPACIÓN	Obrero
FIRMA	Nit Graciela Rodriguez	FIRMA	Grabani Rodriguez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontología	23-09-25	H.S.A.	Yenifer Arturo.

cumento elaborado por
yo técnico
ha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	William Samiento Gonzalez	EDAD	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN cc- 1071143138
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Guatavita		DIRECCIÓN Corales
TELEFONO DE CONTACTO	3207934563		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO 3115199341
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO X CONTRIBUTIVO ESPECIAL VINCULADO SIN AFILIACIÓN		EPS/EAPB FMS
Grupos de riesgo según RIAS	Adultez.		
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización Equipo Básico SI NO	SI NO
IPS DE ATENCIÓN	Canalización servicios institucionales		Canalización a servicios sociales SI NO

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. M-general Adultez
2. Odontología
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

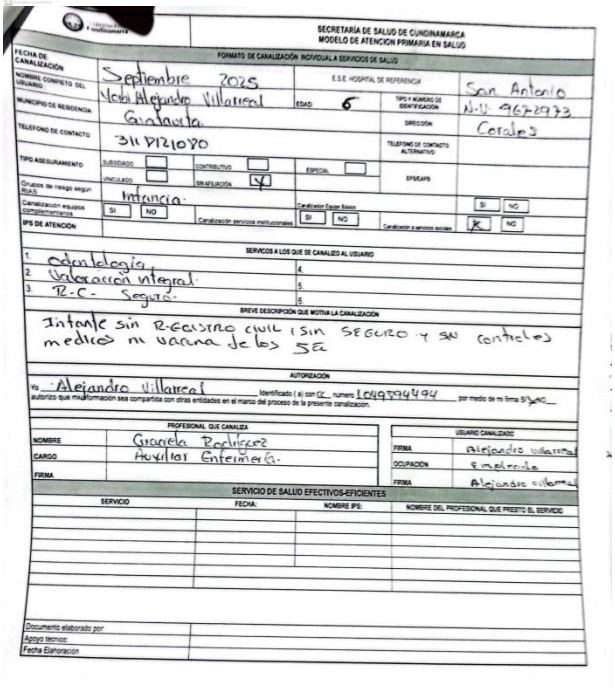
Yo William Samiento identificado (a) con cc número 1071143138 por medio de mi firma SI X NO autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodriguez	FIRMA	William Samiento
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	Obrero
FIRMA		FIRMA	William Samiento

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontología.			

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Nom Alejandro Villarreal	EDAD 6	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN N-U 46729733
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Guatavita.		DIRECCIÓN Corales
TELEFONO DE CONTACTO	3112121080		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO ESPECIAL VINCULADO SIN AFILIACIÓN X		EPS/EAPB
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia.		
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización Equipo Básico SI NO	SI NO
IPS DE ATENCIÓN	Canalización servicios institucionales		Canalización a servicios sociales X NO

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología.
2. Valoración Integral
3. R-C- Seguro
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Intante sin Registro civil i sin SEGURO y SN carnetes medicos ni vacuna de los 5E

AUTORIZACIÓN

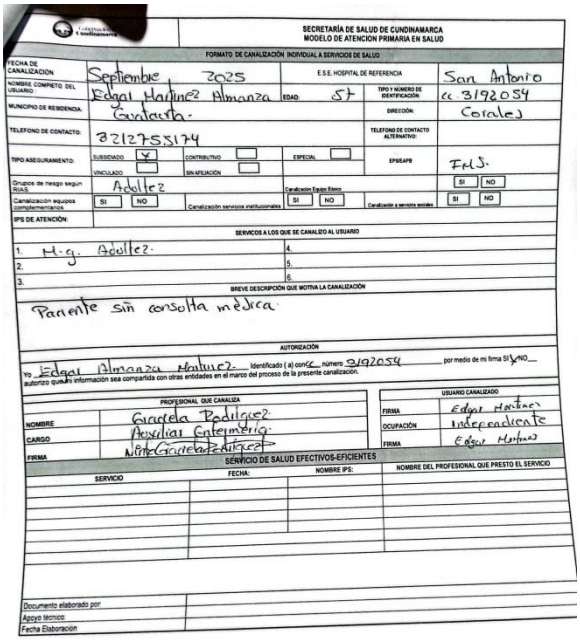
Yo Alejandro Villarreal identificado (a) con CC numero 1069799494 por medio de mi firma SI X NO autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodriguez	FIRMA	Alejandro Villarreal
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	Empleado
FIRMA		FIRMA	Alejandro Villarreal

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por
Apoyo técnico
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Edgar Martinez Almanza	EDAD: 51	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: cc 3192054
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.		DIRECCIÓN: Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3212755174		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN		EPS/EAPB: FdJ.
Grupos de riesgo segun RIAS	Adultez		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO — Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico: SI NO	Canalización a servicios sociales: SI NO
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. M.g. Adultez.
2.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin consulta médica.

AUTORIZACIÓN

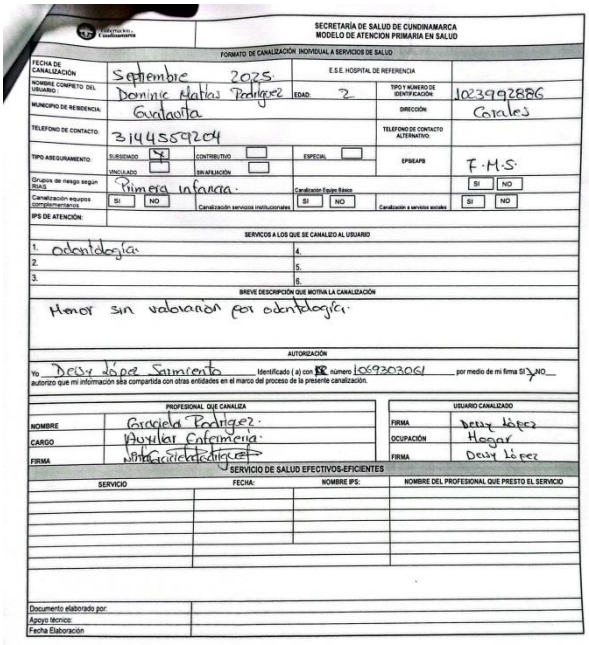
Yo Edgar Almanza Martinez. Identificado (a) con CC número 3192054 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Padilla.	FIRMA	Edgar Martinez
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	Independiente
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por
Apoyo técnico
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Dominic Matias Rodriguez	EDAD: 2	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1023992886
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita		DIRECCIÓN: Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3144559204		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN		EPS/EAPB: F.M.S.
Grupos de riesgo segun RIAS	Primera infancia.		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO — Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico: SI NO	Canalización a servicios sociales: SI NO
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. odontologia.
2.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor sin valoracion por odontologia.

AUTORIZACIÓN

Yo Deisy López Sarmiento Identificado (a) con CC número 1069303061 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

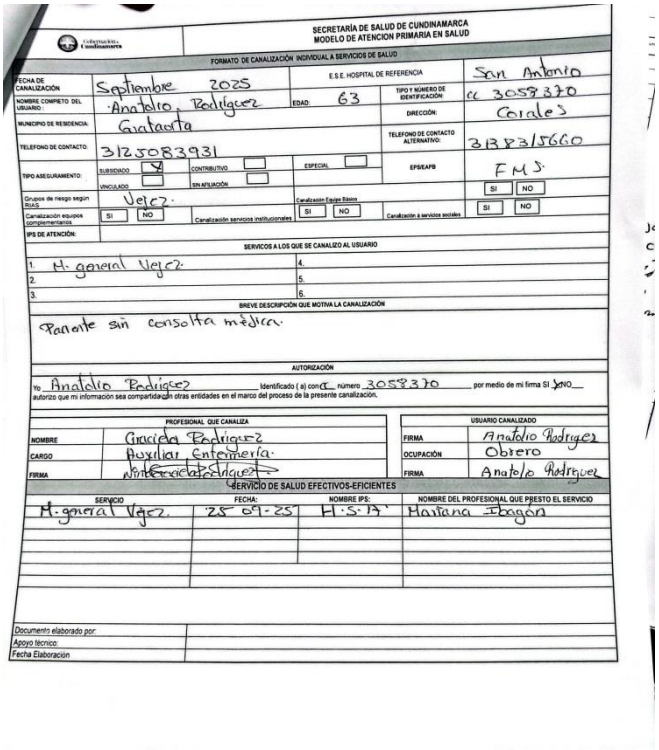
PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Padilla.	FIRMA	Deisy López
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Deisy López

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Anatolio Rodriguez	EDAD:	63	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc 3059370
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3125083931			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3138315660
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	FMS
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez	Canalización Equipo Básico	SI / NO		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. M. general Vejez
2.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin consulta médica.

AUTORIZACIÓN

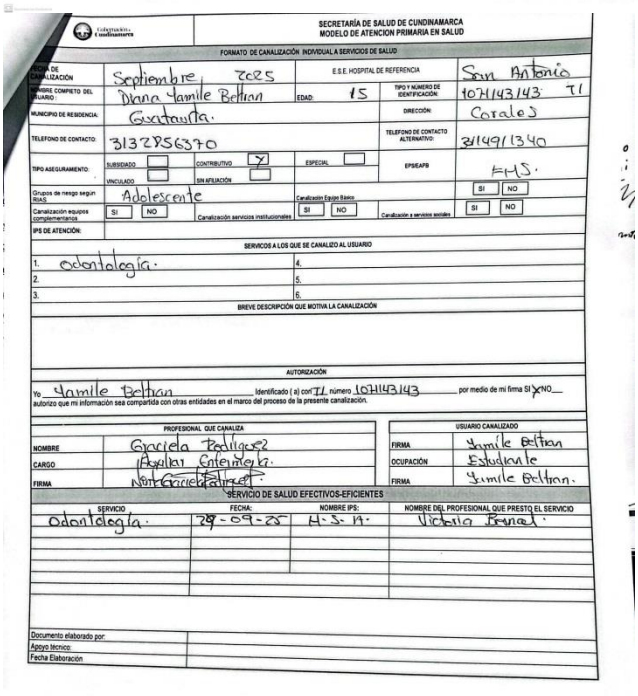
Yo Anatolio Rodriguez Identificado (a) con CC número 3059370 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodriguez	FIRMA	Anatolio Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	Obrero
FIRMA	Graciela Rodriguez	FIRMA	Anatolio Rodriguez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
M. general Vejez	25-09-25	H.S.I.P.	Mariana Bogotá

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Diana Yamile Beltran	EDAD:	15	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1071143143 TI
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3132856370			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3149171340
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO / CONTRIBUTIVO X / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	FMS.
Grupos de riesgo según RIAS	Adolescente	Canalización Equipo Básico	SI / NO		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. odontología.
2.
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

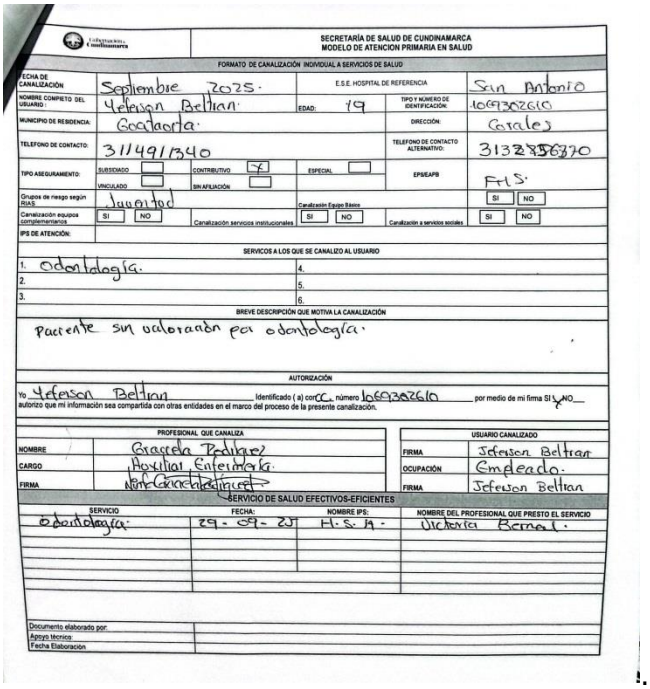
Yo Yamile Beltran Identificado (a) con TI número 1071143143 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Rodriguez	FIRMA	Yamile Beltran
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA	Graciela Rodriguez	FIRMA	Yamile Beltran.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
odontología.	29-09-25	H.S.I.P.	Victoria Bernal.

Documento elaborado por:
Apoyo técnico:
Fecha Elaboración



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Sin Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Yeferson Beltran.	EDAD:	19	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069382610
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3114911340			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3132856370
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO X ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Ftls.
Grupos de riesgo según RIAS	Juventud				SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización Equipo Básico	Canalización a servicios sociales SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin valoración por odontología.

AUTORIZACIÓN

Yo Yeferson Beltran identificado (a) con CC. número 1069382610 por medio de mi firma SI X NO autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Graciela Beltran	FIRMA	Jeferson Beltran
CARGO	Auxiliar Enfermería.	OCUPACIÓN	Empleado.
FIRMA	Graciela Beltran	FIRMA	Jeferson Beltran

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontología.	29-09-25	H.S.19.	Victoria Bernal.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Se anexa acta de articulación con corresponsal de salud

ACTIVIDAD 6 SEGUIMIENTOS

Dentro del micro territorio de la vereda CORALES se canalizaron personas para los diferentes programas que brinda el hospital San Antonio de Guatavita por medio del corresponsal en salud SONIA MORA quien nos gestiona las citas para la comunidad ya que muchas de ellas manifiestan que les es imposible solicitar citas por falta de tiempo porque no les contestan en el hospital como también manifiestan que por el trabajo no les da tiempo.

Se anexa acta de análisis con corresponsal de salud

Total, de canalizaciones: 23

Efectivas: 17

No efectiva: 6

ACTIVIDAD 7 INFORMACION EN SALUD

HIGIENE Y SALUD ORAL

Mantener una adecuada higiene y salud oral es fundamental para prevenir enfermedades como las caries, la gingivitis y otras infecciones que pueden afectar no solo la boca, sino también la salud general. Se recomienda cepillarse los dientes mínimos tres veces al día, especialmente después de cada comida, utilizando un cepillo en buen estado y crema dental con flúor. Es importante complementar esta práctica con el uso de seda dental una vez al día y realizar enjuagues bucales para eliminar bacterias que el cepillado no alcanza. Además, es necesario asistir a controles odontológicos por lo menos cada seis meses para detectar a tiempo cualquier problema.

En el ámbito familiar, fomentar hábitos de higiene oral desde la infancia ayuda a crear rutinas saludables que perduran toda la vida. Los padres o cuidadores deben supervisar el cepillado de los niños y enseñarles la técnica correcta desde temprana edad. Promover el consumo de frutas y verduras, y reducir el consumo

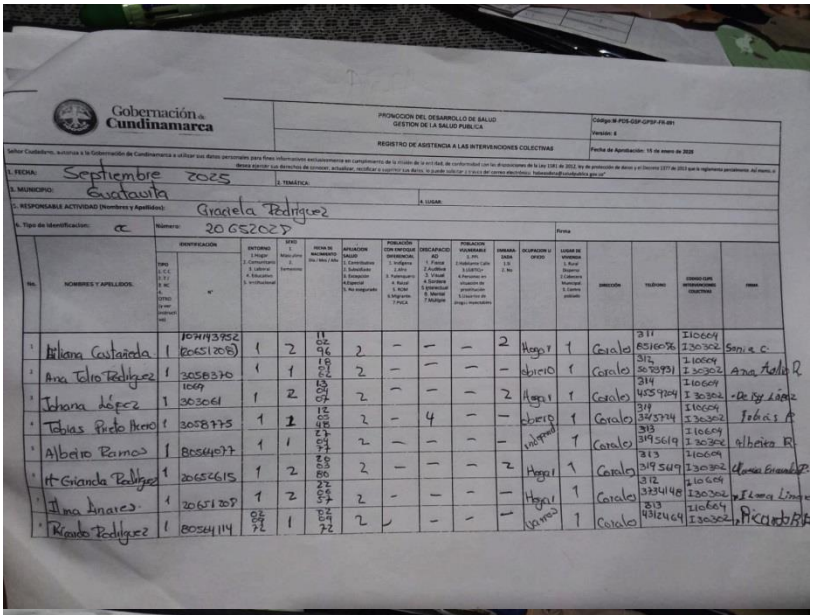
de dulces y bebidas azucaradas, también contribuye al cuidado de la salud bucal. Una boca sana refleja bienestar, mejora la autoestima y previene complicaciones que pueden afectar otras partes del cuerpo.

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

Adoptar hábitos de vida saludables es esencial para mantener un buen estado físico, mental y emocional. Esto incluye llevar una alimentación balanceada rica en frutas, verduras, proteínas y cereales integrales, así como mantener una adecuada hidratación diaria. La práctica regular de actividad física, al menos 30 minutos al día, ayuda a fortalecer el sistema cardiovascular, mejorar la circulación y mantener un peso adecuado. Dormir bien, evitar el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, también son aspectos clave para conservar la salud.

En el entorno familiar, estos hábitos promueven un estilo de vida más activo y una mejor convivencia. Compartir comidas saludables, realizar actividades al aire libre y tener rutinas diarias equilibradas fortalece los lazos familiares y el bienestar colectivo. La prevención es la mejor herramienta para evitar enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y la obesidad. Cuidar la salud no solo es una responsabilidad individual, sino un compromiso con la familia y la comunidad.

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



Gobernación de Cundinamarca

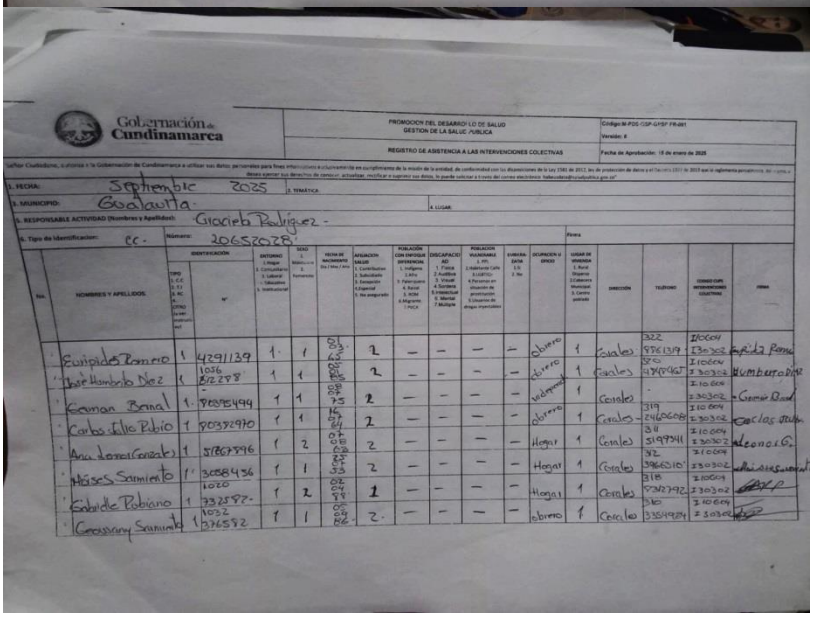
PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Código M-PDS-GSP-GFSP-FR-001
Versión: 0
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

1. FECHA: Septiembre 2025
2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita
4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez
6. Tipo de Identificación: CC Número: 20652028 Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	AFILIACIÓN SALUD	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL	DISCAPACIDAD	POBLACIÓN VULNERABLE	EMBARAZADA	OCUPACIÓN U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Liliana Castañeda	1	1094193952 / 20651208	1	2	11/02/96	2	–	–	–	2	Hogar	1	Corales	311 8516056	I10604 I30302	Sonia C.
2	Ana Tulia Rodriguez	1	3058370	1	1	18/07/62	2	–	–	–	–	obrero	1	Corales	312 3078991	I 10604 I 30302	Ana Julia R
3	Johana López	1	1069 303061	1	2	15/04/07	2	–	–	–	2	Hogar	1	Corales	314 4154724	I 10604 I 30302	Johana López
4	Tobias Pinto Pinto	1	3058775	1	1	12/03/48	2	–	4	–	–	obrero independ	1	Corales	319 3175774	I 10604 I 30302	Tobías P
5	Alberto Ramos	1	80564077	1	1	09/07/71	2	–	–	–	–		1	Corales	313 3195619	I 10604 I 30302	Alberto R.
6	M Gricela Rodriguez	1	20652615	1	2	30/05/80	2	–	–	–	2	Hogar	1	Corales	313 3195419	I 10604 I 30302	
7	Ilma Linares	1	20651208	1	2	22/09/57	2	–	–	–	–	Hogar	1	Corales	312 3234148	I 10604 I 30302	Ilma Lina
8	Ricardo Rodriguez	1	80564114	08/72	1	07/09/72	2	–	–	–	–	Varios	1	Corales	313 4924464	I 10604 I 30302	Ricardo R



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

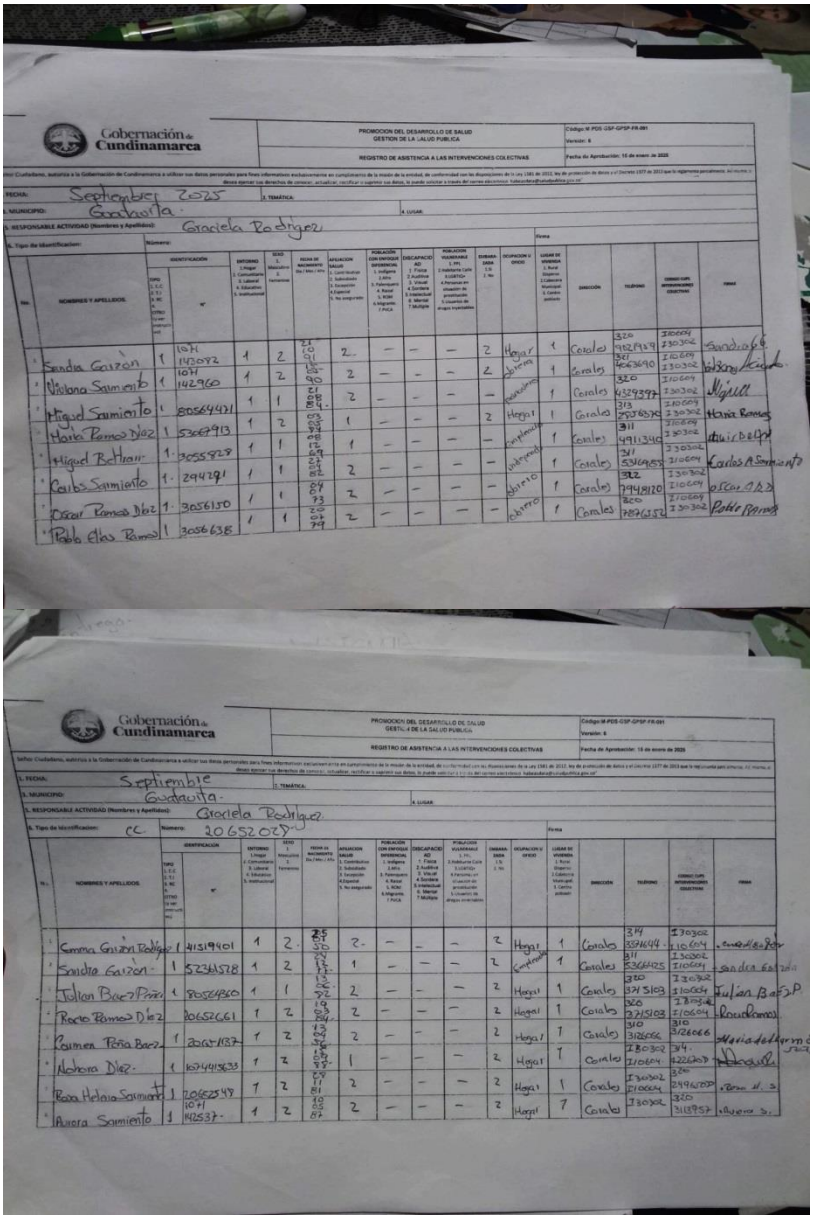
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Código M-PDS-GSP-GFSP-FR-001
Versión: 0
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

1. FECHA: Septiembre 2025
2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita
4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez
6. Tipo de Identificación: CC Número: 20652028 Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	AFILIACIÓN SALUD	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL	DISCAPACIDAD	POBLACIÓN VULNERABLE	EMBARAZADA	OCUPACIÓN U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Eurípides Romero	1	4291139	1	1	01/03/63	2	–	–	–	–	obrero	1	Corales	322 8761379	I10604 I30302	Eurípides Romero
2	José Humberto Díaz	1	1036 872288	1	1	08/05/86	2	–	–	–	–	obrero	1	Corales	320 3147467	I 10604 I 30302	Humberto Díaz
3	Ceiman Bernal	1	79895499	1	1	05/08/75	2	–	–	–	–	vedrero independ	1	Corales	-	I 10604 I 30302	Ceiman Bernal
4	Carlos Julio Rubio	1	80332970	1	1	15/07/64	2	–	–	–	–	obrero	1	Corales	319 2460608	I 10604 I 30302	Carlos Julio
5	Ana Leonor Gonzalez	1	51807396	1	2	07/08/68	2	–	–	–	–	Hogar	1	Corales	311 3197341	I 10604 I 30302	Leonor G.
6	Moises Sarmiento	1	3058436	1	1	05/05/53	2	–	–	–	–	Hogar	1	Corales	32 3865010	I 10604 I 30302	Moises Sarmiento
7	Gabriel de Rubiano	1	1020 332582	1	2	02/04/79	1	–	–	–	–	Hogar	1	Corales	318 3042392	I 10604 I 30302	
8	Geovanny Sarmiento	1	1032 376582	1	1	05/09/82	2	–	–	–	–	obrero	1	Corales	310 3354924	I 10604 I 30302	

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA

Código: M-PDS-GSP-FR-001
Versión: 6
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

1. FECHA: Septiembre 2025
2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita
4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez
Firma:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN: TIPO	IDENTIFICACIÓN: #	ENTORNO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	AFILIACIÓN SALUD	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL	DISCAPACIDAD	POBLACIÓN VULNERABLE	EMBARAZADA	OCUPACIÓN U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Sandra Gaizon	1	1071 142082	1	2	21/10/91	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	320 7929129	I10004 I30302	Sandra G.
2	Viviana Sarmiento	1	1071 142960	1	2	05/05/90	2	—	—	—	2	Comercio	1	Corales	301 4263690	I10604 I30302	
3	Miguel Sarmiento	1	80564431	1	1	21/08/84	2	—	—	—	—		1	Corales	320 4529397	I30302 I10604	Miguel
4	Maria Ramos Diaz	1	53667913	1	2	03/05/71	1	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	315 2535634	I10604 I30302	Maria Ramos
5	Miguel Beltran	1	80558928	1	1	08/12/69	1	—	—	—	—	Contratista	1	Corales	311 4911340	I10604 I30302	
6	Carlos Sarmiento	1	2944191	1	1	29/04/52	2	—	—	—	—	Independiente	1	Corales	311 5369855	I30302 I10604	Carlos A Sarmiento
7	Oscar Ramos Diaz	1	3056150	1	1	29/05/73	2	—	—	—	—	Obrero	1	Corales	312 7942120	I30302 I10604	Oscar Ramos
8	Pablo Elias Ramos	1	3056638	1	1	22/04/74	2	—	—	—	—	Obrero	1	Corales	320 7894582	I10604 I30302	Pablo Ramos

Gobernación de Cundinamarca

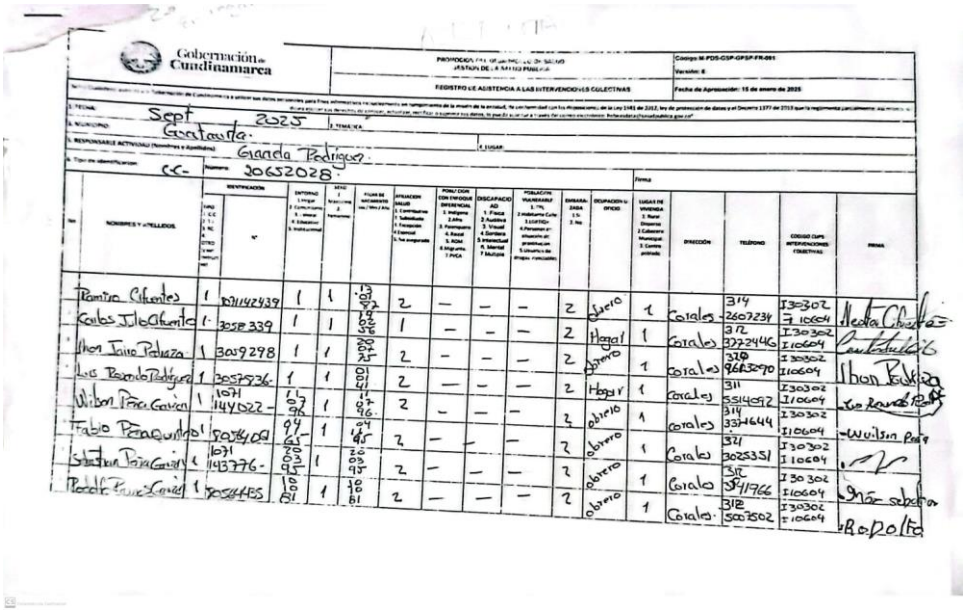
PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA

Código: M-PDS-GSP-FR-001
Versión: 6
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

1. FECHA: Septiembre
2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Guatavita
4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez
Firma:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN: TIPO	IDENTIFICACIÓN: #	ENTORNO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	AFILIACIÓN SALUD	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL	DISCAPACIDAD	POBLACIÓN VULNERABLE	EMBARAZADA	OCUPACIÓN U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Emma Gaizon Rodriguez	1	41519401	1	2	25/07/50	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	314 3591644	I30302 I10604	Emma Gaizon
2	Sandra Gaizon	1	52341578	1	2	21/10/74	1	—	—	—	2	Empleada	1	Corales	311 5366425	I30302 I10604	Sandra Gaizon
3	Julian Baez Pena	1	80564860	1	1	13/06/72	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	320 3715103	I30302 I10604	Julian Baez P
4	Rocio Ramos Diaz	1	20652061	1	2	05/09/84	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	320 3715103	I30302 I10604	Rocio Ramos
5	Carmen Peña Baez	1	23621137	1	2	23/06/56	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	310 3126066	I30302 I10604	Maria del Carmen
6	Aurora Diaz	1	1031441633	1	2	05/05/57	1	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	310 3126066	I30302 I10604	
7	Rosa Helaira Sarmiento	1	20652548	1	2	07/11/61	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	314 4226269	I30302 I10604	Rosa H. S.
8	Aurora Sarmiento	1	1031 142537	1	2	10/05/69	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	320 2496700	I30302	Aurora S.
															320 3113957		


Gobernación de Cundinamarca

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Código M-PDS-GSP-GPSP-FR-001 · Versión: 8 · Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

Sept 2025 · Guatavita · Granada Rodriguez · CC- Número 20652028

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	ENTORNO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	POBLACIÓN DIFERENCIAL	DISCAPACIDAD	POBLACIÓN VULNERABLE	ENFERMEDAD HUÉRFANA	OCUPACIÓN U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
	Ramiro Cifuentes	1011142439	1	1	13/07/92	2	—	—	—	2	obrero	1	Corales	314 2607234	I30302 I10604	
	Carlos Julio Cifuentes	1. 3058339	1	1	19/06/96	1	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	312 3772446	I30302 I10604	
	Ihon Jaime Peñuela	1 3059298	1	1	20/07/97	2	—	—	—	2	obrero	1	Corales	320 9683090	I30302 I10604	
	Luis Reinaldo Rodriguez	1 3057936	1	1	01/01/97	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	311 5514092	I30302 I10604	
	Wilson Perez Garzon	1 1071 144 4022	1	1	17/07/96	2	—	—	—	2	obrero	1	corales	314 3374644	I30302 I10604	
	Fabio Perez Quintero	1 5034409	1	1	04/05/65	2	—	—	—	2	obrero	1	Corales	321 3025351	I30302 I10604	
	Sebastian Perez Garzon	1 1071 143776	1	1	26/03/95	2	—	—	—	2	obrero	1	Corales	314 3941766	I30302 I10604	
	Rodolfo Perez Cortes	1 3054485	1	1	10/01/61	2	—	—	—	2	obrero	1	Corales	312 3007502	I30302 I10604	

ACTIVIDAD 9 ENFERMEDADES DE INTERES DE SALUD PÚBLICA

En Colombia, los eventos de interés en salud pública (EISP) son situaciones que representan un riesgo significativo para la salud de la población y requieren una intervención urgente y coordinada de las autoridades sanitarias. Estos eventos incluyen brotes de enfermedades, emergencias epidemiológicas, emergencias de salud ambiental y situaciones que afectan la seguridad sanitaria en general. A continuación, te detallo cómo activar alertas, brindar atención y realizar monitoreo y seguimiento a los pacientes en estos eventos.

Cada enfermedad tiene factores de riesgo asociados que deben ser monitoreados, tales como:

1. Condiciones climáticas (como lluvias intensas para la proliferación de mosquitos en el caso de dengue).

2. Condiciones sociales (como la pobreza, hacinamiento o falta de acceso a servicios de salud). las áreas rurales, la falta de acceso a servicios de salud y la pobreza incrementan la vulnerabilidad de la población.
3. Historia de contacto (como viajes a zonas endémicas de malaria tuberculosis).
4. Movilidad humana: los desplazamientos forzados y los migrantes también pueden ser factores clave para la propagación de enfermedades.

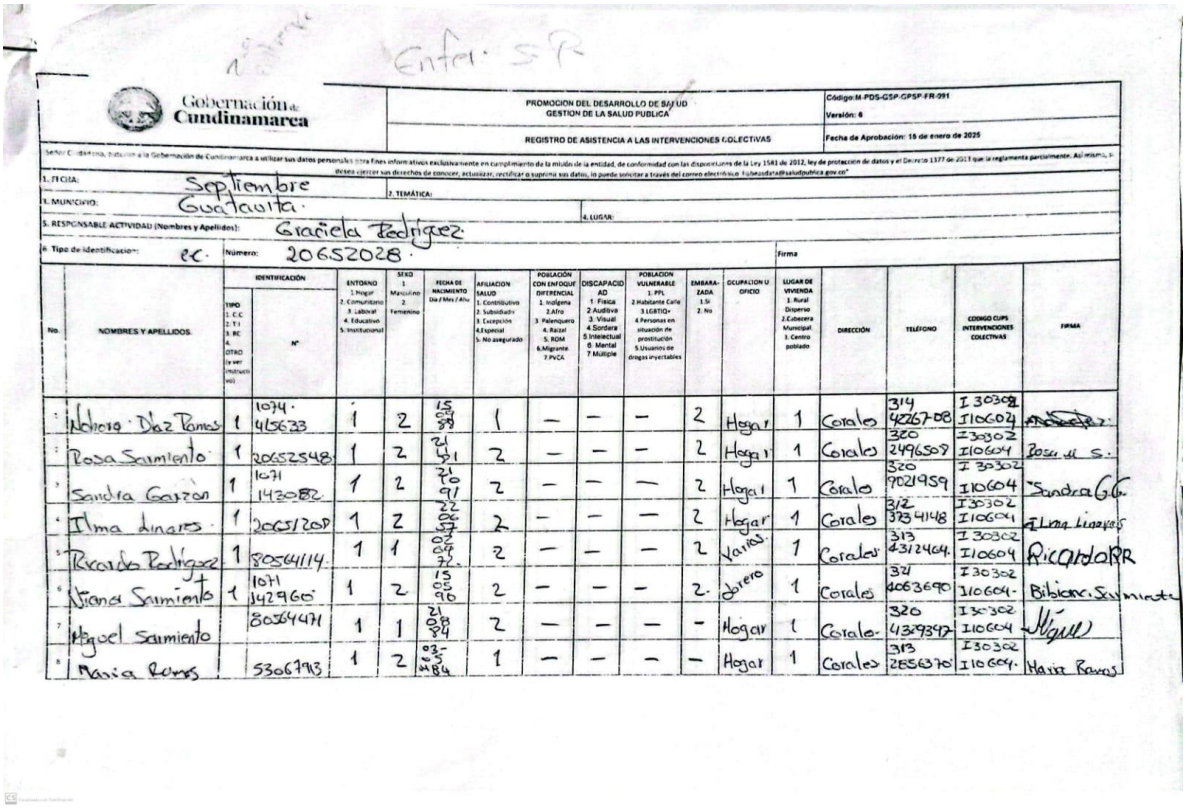
La activación de alertas, la atención a pacientes y el monitoreo son elementos clave en la gestión de eventos de interés en salud pública en Colombia. El sistema SIVIGILA, la coordinación entre entidades de salud y la implementación de medidas de prevención y control son fundamentales para proteger la salud de la población ante estos eventos. La respuesta debe ser rápida, integral y ajustada a las necesidades específicas de cada situación epidemiológica.

Es fundamental dar a conocer los signos y síntomas que pueden indicar la presencia de estas enfermedades. Algunos ejemplos:

1. Dengue: fiebre alta, dolor de cabeza, dolor muscular, erupción en la piel, sangrados.
2. Chikungunya y Zika: enfermedades transmitidas por el mismo vector, el mosquito Aedes.
3. Tuberculosis: tos persistente, sudores nocturnos, fiebre, pérdida de peso inexplicable.
4. Malaria: fiebre, escalofríos, sudoración, dolor de cabeza.
5. Infecciones respiratorias agudas: especialmente en los meses de temporada de frío.

En las visitas realizadas en el micro territorio de la vereda Corales **no** se encontraron personas con enfermedades de interés de salud pública, por lo cual se deja en constancia acta.

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-029	
		Versión: 02	
	Información de Actividades PIC	Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.	



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091
Versión: 6

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

Señor Ciudadano, Suscribir a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

1. FECHA: Septiembre
2. MUNICIPIO: Guatavita.
2. TEMÁTICA:
4. LUGAR:
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Graciela Rodriguez.
6. Tipo de Identificación: CC. Número: 20652028. Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (a ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO 1. Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4. Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2. Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6. Migrante 7. PVCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2. Auditiva 3. Visual 4. Sordera 5. Intelectual 6. Mental 7. Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2. Habitante Calle 3. LGBTIQ+ 4. Personas en situación de prostitución 5. Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1. Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2. Cabecera Municipal 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Nohora Diaz Ramos	1	1074 456633	1	2	15 08 89	1	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	314 4226708	I30302 I10604	
2	Rosa Sarmiento	1	20652548	1	2	21 11 41	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	320 2496508	I30302 I10604	Rosa M. S.
3	Sandra Garzon	1	1071 1430882	1	2	21 10 91	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	320 9021959	I30302 I10604	Sandra G.G.
4	Ilma Linares	1	20651209	1	2	22 06 57	2	—	—	—	2	Hogar	1	Corales	312 3734148	I30302 I10604	Ilma Linares
5	Ricardo Rodriguez	1	80544114	1	1	02 09 72	2	—	—	—	2	Varios	1	Corales	313 4312464	I30302 I10604	RICARDO RR
6	Viana Sarmiento	1	1071 1429601	1	2	15 10 90	2	—	—	—	2	Jardinero	1	Corales	321 4063690	I30302 I10604	Biblioteca Sarmiento
7	Miguel Sarmiento		80264471	1	1	21 08 84	2	—	—	—	—	Hogar	1	Corales	320 4329347	I30302 I10604	Miguel
8	Maria Ramos		53067913	1	2	03 05 84	1	—	—	—	—	Hogar	1	Corales	313 2856370	I30302 I10604	Maria Ramos