URBANO

Desarrollar talleres de educación en salud oral en Institución educativa con intervalo de un mes, sobre sensibilización sobre enseñanza de técnica de cepillado, uso de seda dental, alimentación saludable, elementos de higiene oral, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontología.

Los talleres están dirigidos a todos los estudiantes de primero, segundo y tercero

SEGUNDA VISITA

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I. E Dunin.	Hora de Inicio: 1:00 Pm.
Fecha 18-Julio-2025.	Hora de Finalización: 4:00pm.

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar. Talleres de educación en Salud O. Sensibilizar Sobre la enseñanza en Salud. Oral.

Desarrollo de la Reunión

Se inicia Con Una Oración y presentacion.
Motivo de Visita.
Charla educativa Sobre Higiene Oral
Aplicación de gotas Reveladoras de P. B.
Profilaxis a Cada Niño
Se entrega kits de Higiene Oral a Cada Estudiante

Conclusiones

Evaluamos Con un antes y un Despues para saber que tanto Saben. y Cuanto aprendieron. de lo explicado

Recomendaciones

Cepillado 3 veces al Dia.
Uso de. Seda Dental.
Visitar al odontologo Regularmente

Responsables de la Actividad

Heraclio Espinoza.

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

EJE: **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I.E Dunin.

Profesional que realiza la actividad: Horacio E.

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha:					Fecha: 18-07-2025					Fecha:				
							COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Carlos Alemán Peñata	1ro	2019-03-18	6	1063825146							0	0	0	24	16,4%					
2	Ariel Arroyo Verenguer	1ro	2018-06-06	7	1065541766							0	0	0	22	10,2%					
3	Jhon Alex Avilez	1ro	2018-12-24	6	1063825047							0	0	0	22	7,95%					
4	Samuel Barba Alvarez	1ro	2018-12-11	6	1207275421							0	0	0	24	9,3%					
5	Sarai Barros Reyes	1ro	2018-01-08	7	1421367163 14							1	0	0	24	3,12%					
6	Juan Cardrado	1ro	2019-01-09	6	1073880784							0	0	0	24	13,54%					
7	Emiliana Doria Ruiz	1ro	2018-12-14	6	1068824976							0	0	0	24	4,6%					
8	Ezequiel Falco Doria	1ro	2019-03-29	6	1063825165							0	0	0	24	4,16%					
9	Sarey Garcia Machado	1ro	2019-02-21	6	1068825114							1	0	0	24	6,25%					
10	Maria Giraldo Jimenez	1ro	2019-03-25	6	1236239920							0	0	0	24	9,3%					

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

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Universidad de Córdoba

EJE: **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I.E. Dunin.

Profesional que realiza la actividad: Horacio E.

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha:					Fecha: 18-Julio-25.					Fecha:				
							COP					COP					COP				
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa bacteriana
1	Luis Felipe Rosso Reo	2°°	13/04/2017	7	1074033308							0	0	0	24	9,3%					
2	Omar Luis Zabaleta	2°°	22/12/2017	8	1703520495							0	0	0	24	4,16%					
3	Yisell Milagros Delgado	2°°	01/02/2016	9	1129876867							1	0	0	24	10,4%					
4	Yuridia Pomico	2°°	03/04/2017	8	1233040514							0	0	0	24	6,25%					
5	Carlos Gonzales	2°°	25/04-2015	9	1074008930							0	0	2	22	8,3%					
6	Heiber Hernandez	2°°	04-11/2014	10	1074006825							0	0	2	22	8,3%					
7	Heidy Hernandez	2°°	06/07/2013	12	1074436955							0	0	0	28	13,54%					
8	Arleidis Jaraba	2°°	24/02/2017	8	1074438683							0	0	0	24	5,12%					
9	Jaime Jimenez	2°°	04/04/2017	8	1074017601							0	0	0	24	8,12%					
10	Hilary Jaramillo	2°°	02/08/2013	7	1062485045							0	0	2	22	8,3%					

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

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I.E. Punin. (3º).

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Espinoza.

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha:					Fecha: 18-7-2025					Fecha:				
							COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Alejandra Palmera	3ro	10-Nov-2016	8	1074011622							2	0	0	24	8,3%					
2	Estiven Danilo Peña	3ro	8-abril-2015	10	1074007855							0	0	4	20	6,25%					
3	Paola Montoya Tatis	3ro	8-Jun-2016	9	1071498118							1	0	2	22	10,4%					
4	Darleen Altamiranda	3ro	01-Jul-2017	9	1074012949							0	0	0	24	4,16%					
5	Luis Jose Arcia	3ro	15-Jul-2016	9	1233040200							1	0	0	24	4,3%					
6	Orladis Isabel Hernandez	3ro	04-sep-2016	9	1071498158							0	0	4	20	8,3%					
7	Brian Coneyal Arroya	3ro	17-sep-2015	9	1238030670							2	0	2	22	3,12%					
8	Yulianis Argumedo	3ro	29-ago-2016	8	1233040350							0	0	0	24	5,2%					
9	Anderson Callejas	3ro	25-ago-2017	8	1074013283							0	0	0	24	3,54%					
10	Everson Danilo Bolaño	3ro	28-ago-2017	8	1074013495							0	0	2	22	3,38%					

Firma docente: _____ Firma docente: Deluz Y Barrios Firma docente: _____

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación Córdoba

EJE: Atención Primaria en Salud — APS.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de educación en Salud Oral.

DIA:	18	MES:	Julio.	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	I.E. Jonín.	ZONA:	Urbano.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Luis Felipe Rosso.	TI	1074033080		7	M									✓								✓		Luis Rosso.
2	Omer Zabaleta	TI	1003570495		8	M									✓								✓		Omer
3	Yisell Milagros	TI	1137876867		9	F									✓								✓		Yisell.
4	Yuridia Domico.	T.I	1233040514		8	F									✓								✓		Yuridia.
5	Carlos Gonzalez	T.I	1074008930		9	M									✓								✓		Carlos.
6	Heiber Hernandez	TI	1074006825		10	M									✓								✓		heiber
7	Heidy Hernandez	TI.	1071436955		12	F									✓								✓		Heidy
8	Anadys Jaraspia	TI.	1071438633		8	F									✓								✓		Anadys
9	Jaime Jimenez	TI	1074012601		8	M									✓								✓		Jaime.
10	Hilary Jarramillo.	TI.	1062485095		7	F									✓								✓		Hilary

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atención Primaria en Salud — APS.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de educación en Salud Oral

DIA:	18	MES:	Julio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	I.E. Junín.	ZONA:	Urbano.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Carlos Pleman.	RC	1068825146		6	M									Y								Y		No Firma
2	Nicol Arroyo.	TI	1062541766		7	F									Y								Y		No Firma
3	Jhon Mex Avila.	RC.	1068825047		6	M									Y								Y		No Firma
4	Samuel Banka.	RC.	1201275421		6	M									Y								Y		No Firma
5	Saray Banos.	TI	1021367314		7	F									Y								Y		No Firma
6	Juan Cuadrado.	RC.	1073830784		6	M									Y								Y		No Firma
7	Emilana Dora.	RC.	1068824976.		6	F									Y								Y		No Firma
8	Ezequiel Falco.	RC	1068825065		6	M									Y								Y		No Firma
9	Saray Correa.	RC.	1068825109		6	F									Y								Y		No Firma
10	María Giraldo.	RC.	1236239720		6	F.									Y								Y		No Firma

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atención Primaria en Salud – APS.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de educación en Salud oral.

DIA:	18	MES:	Julio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	I.E. Junín.	ZONA:	Urbano.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Alejandra Palmera.	TI	1074011622		8	F									✓								✓		Alejandra
2	Estiven Pomico.	TI	1074007855		10	M									✓								✓		Estiven
3	Paela Mendoza.	TI	1071438118		9	F									✓								✓		Paela
4	Dailen Altamiranda.	TI	1074012949		9	M									✓								✓		dailen
5	Luis Jose Arèa.	TI	1233040200		9	M									✓								✓		Luis Jose
6	Orlady Isabel A.	TI	1071438158		9	F									✓								✓		orlade
7	Briam Carvajal.	TI	1138030670		9	M									✓								✓		Briam
8	Yulianis Arguedo	TI	1233040350		8	F									✓								✓		Yulianis
9	Anderson Cuellas.	TI	1074013283		8	M									✓								✓		anderson.
10	Everson Pomico.	TI.	1074013495		8.	M.									✓								✓		Everson

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

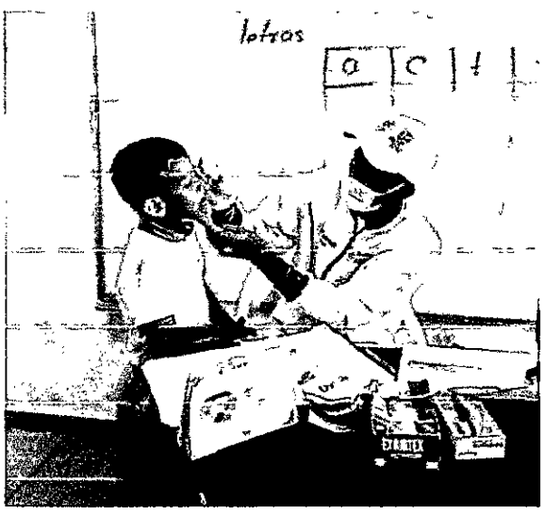
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

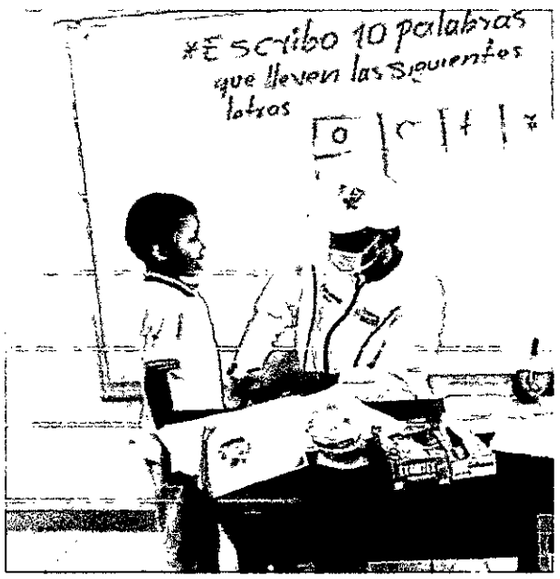
EJE: ATENCION PRIMARIA

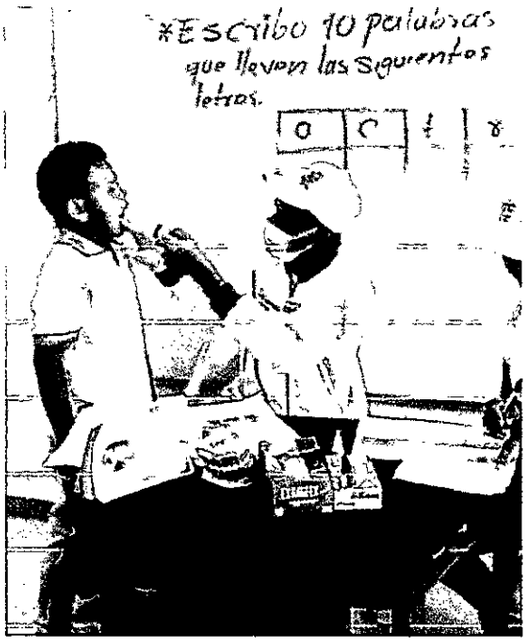
Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

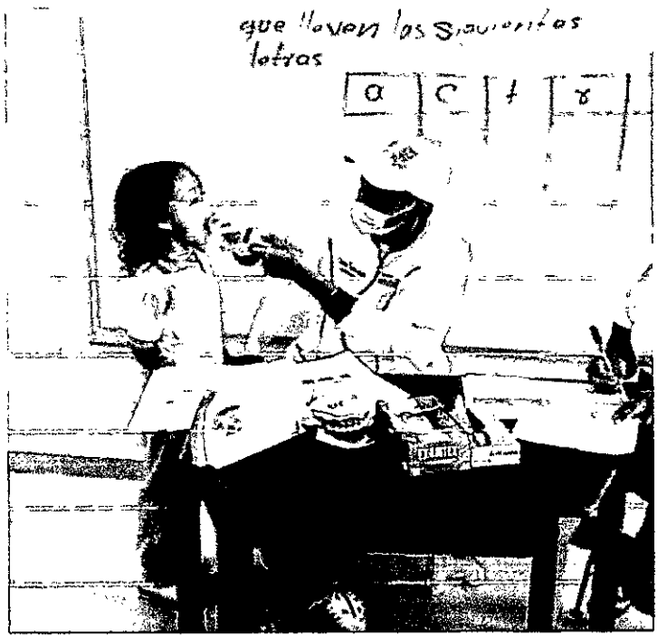
VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

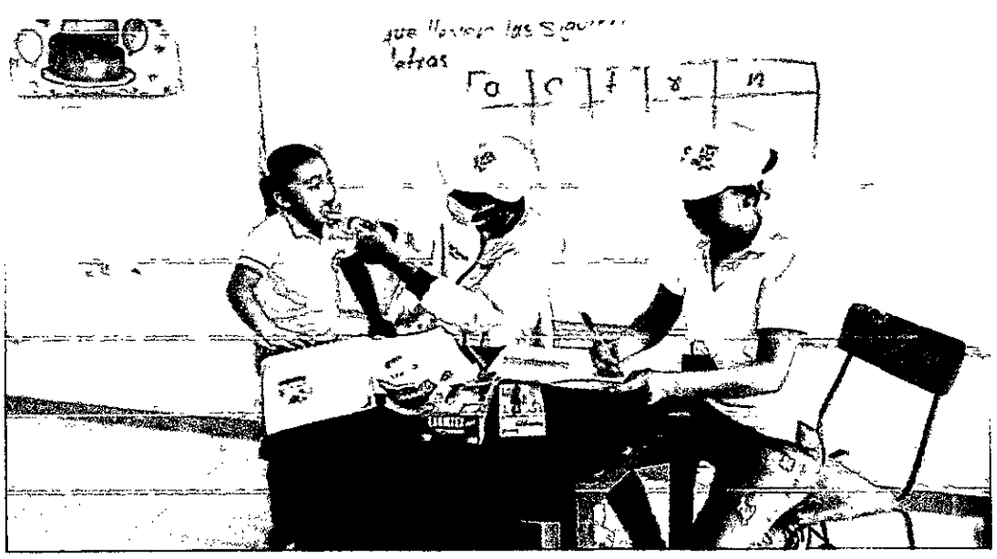
Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

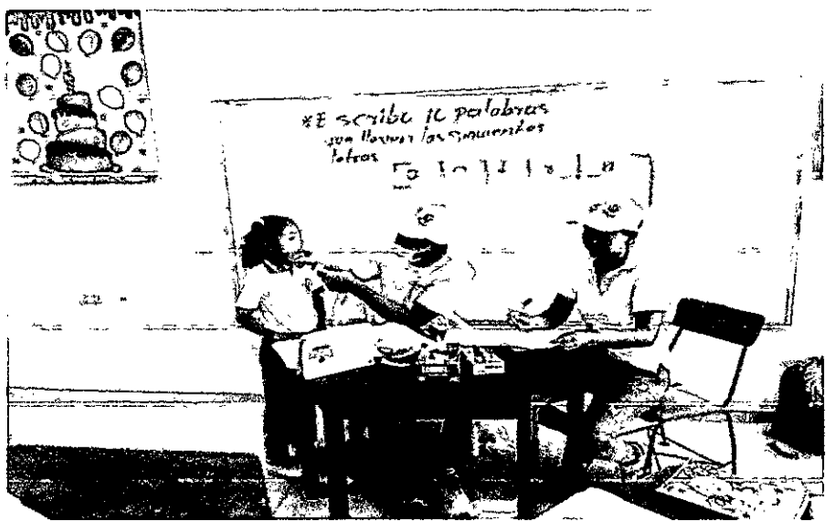
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

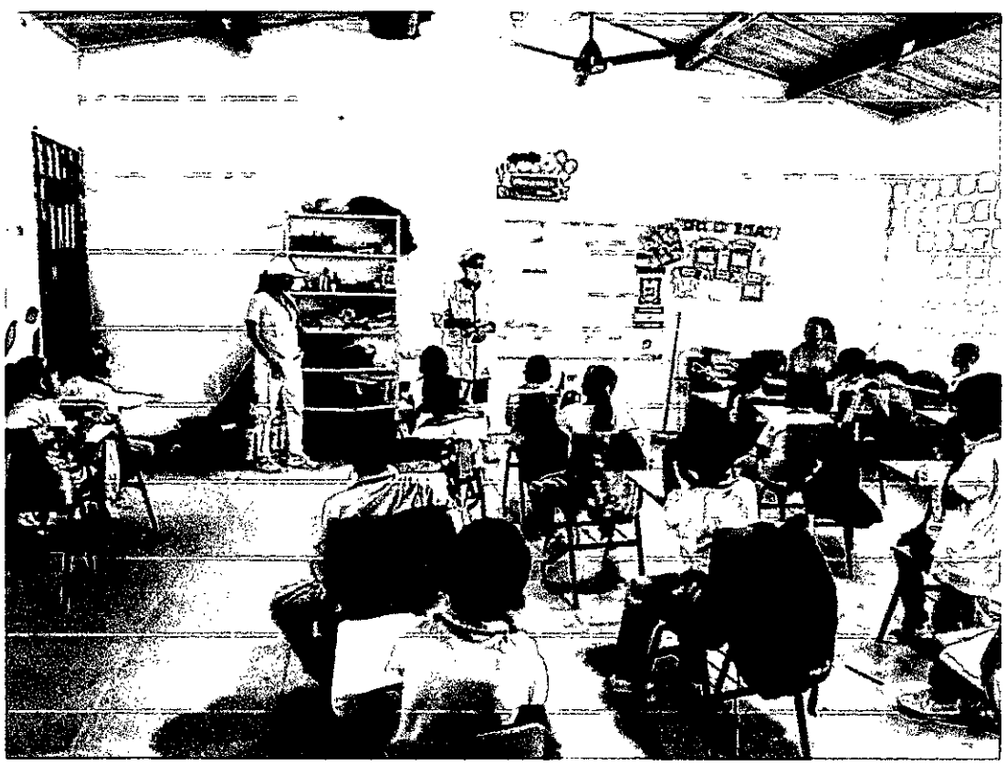
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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



HOSPITAL SAN JOSÉ

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

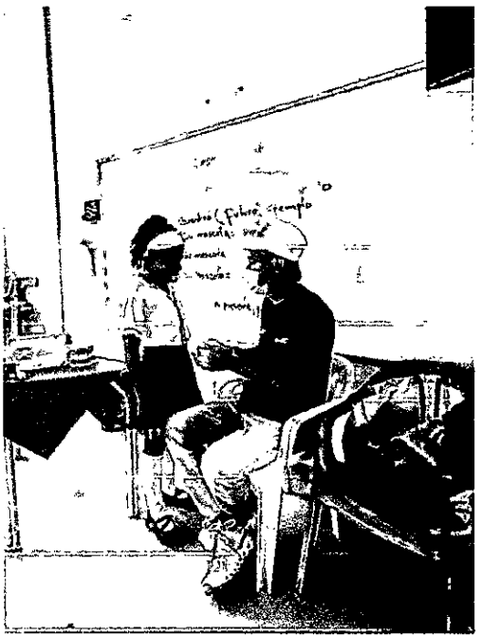
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

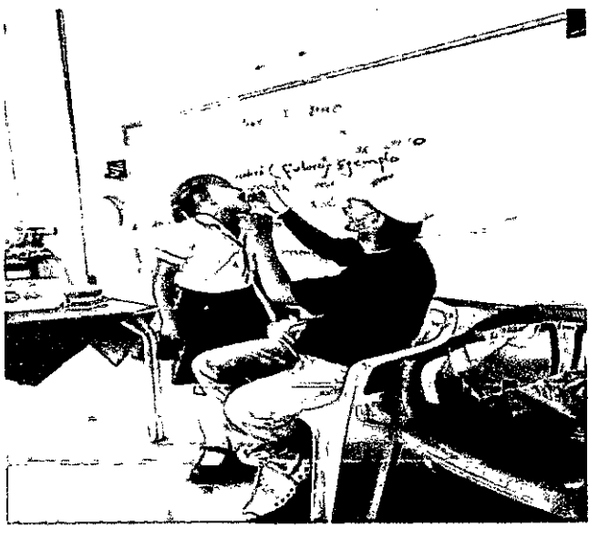
VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

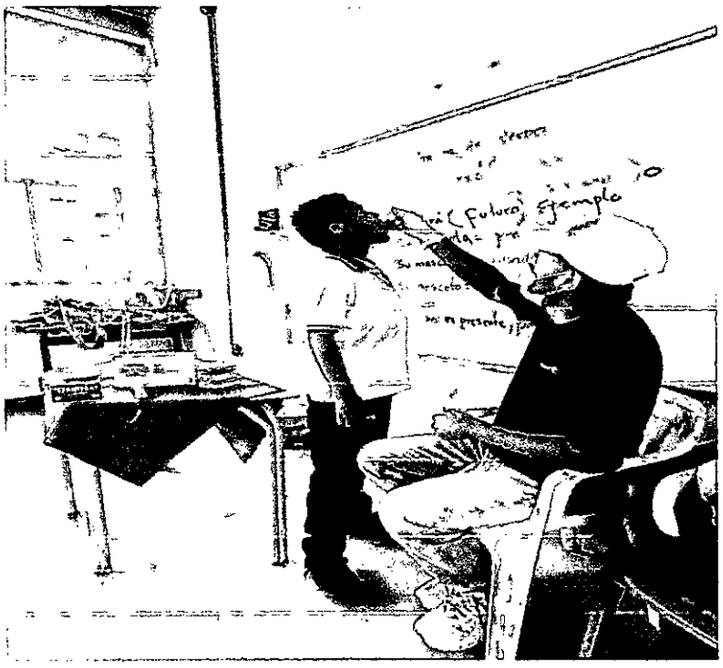
VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

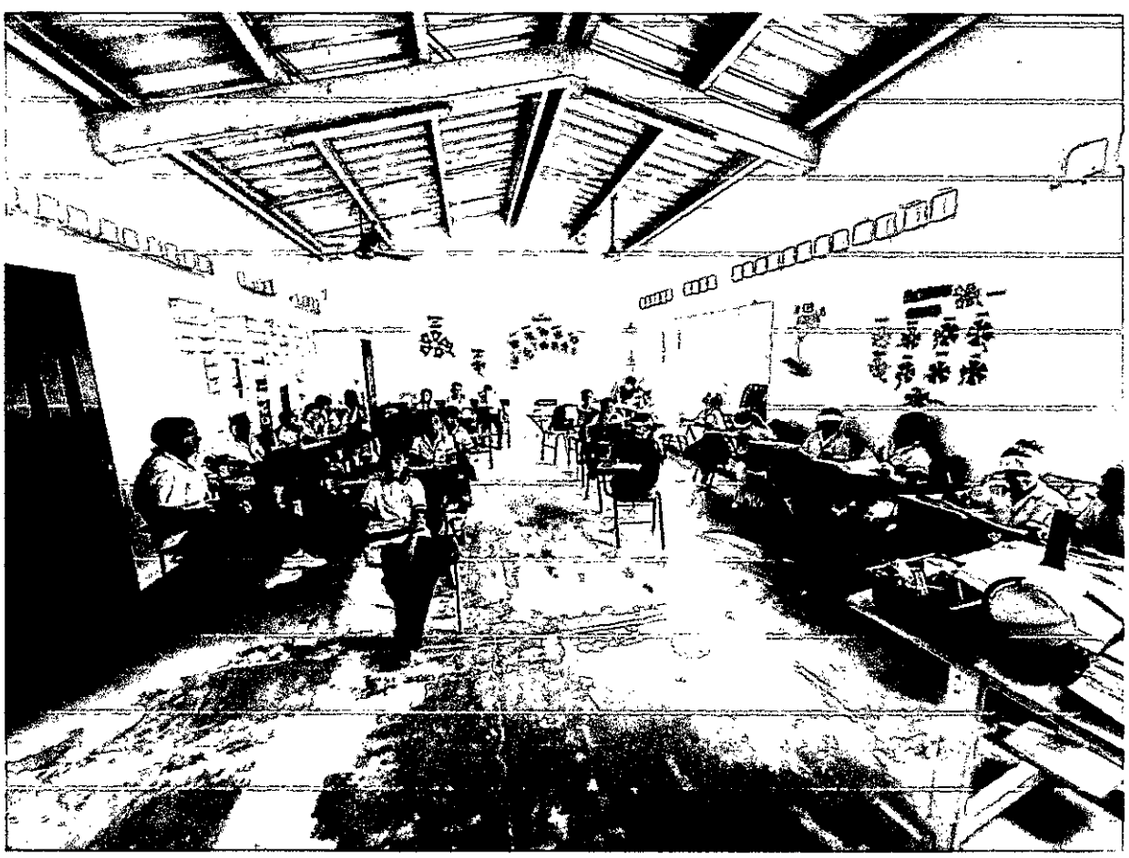
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	18 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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



TERCERA VISITA

URBANO

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. Donin.	Hora de Inicio: 1:00 pm
Fecha 1-08-2025.	Hora de Finalización: 4:00 Pm.

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar Talleres de educacion en Salud oral, sensibilizar sobre la enseñanza en salud oral

Desarrollo de la Reunión

Se inicia con una Oracion y presentacion
Motivo de Visita
Charla educativa sobre Higiene Oral
Aplicacion de gotas Reveladoras de placa bacteriana.
Profilaxis a cada Niño.
Se entrega kit de Higiene oral a cada estudiante.

Conclusiones

Evaluamos con un antes y un despues para saber que tanto aprendieron de lo explicado

Recomendaciones

Cepillado 3 veces al dia.
Uso de seda Dental.
Visitar al odontologo Regularmente

Responsables de la Actividad

Heraclio Espinoza

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I.E. Jonin.

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Espinoza

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha:					Fecha:					Fecha: 1-8-2025				
							COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
o.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Carlos Alcuan.	1º.	18-3-19	6	1068825146												0	0	0	24	10%
2	Dicol Arroyo.	1º	6-6-18	7	1062541766												0	0	0	24	10%
3	Jhon Avila.	1º	24-12-18	6	1068825047												0	0	0	24	10%
4	Samuel. Barba	1º	11-1-18	6	1201275421												0	0	0	24	10%
5	Saray Ramos	1º	8-1-18	7	1471367314.												0	1	0	24	12%
6	Juan Avadindo	1º	9-12-19	6	1073830789												0	0	0	24	9%
7	Emiliana Doria	1º	14-3-18	6	1068824976												0	0	0	24	10%
8	Ezequiel Falco	1º	29-2-19	6	1068825165.												0	0	0	24	10%
9	Sarey Garcia.	1º	21-2-19	6	1068825119												0	1	0	24	12%
10	Maria Giraldo	1º	25-3-19.	6.	1236239920												0	0	0	24	11%

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

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I. E. Dunin.

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Q.

						TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
						Fecha:					Fecha:					Fecha: 1-8-2025				
						COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
o.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Luis felipe Rosso	2º	13-9-17	7	1074033080											0	0	0	24	12%
2	Omar Zabaleta	2º	22-12-17	8	1103520495											0	0	0	24	10%
3	Yisell Milagros P.	2º	1-2-16	9	1137876867											0	1	0	24	10%
4	Yuridia Domico	2º	3-9-17	8	1233040514											0	0	0	24	12%
5	Carlos Gonzalez	2º	25-9-15	9	1074008930											0	0	2	24	10%
6	Yaber Hernandez	2º	4-11-14	10	1074006825											0	0	2	24	12%
7	heidy Hernandez	2º	6-1 13	12	1071436955											0	0	0	28	11%
8	Arodys Carupia	2º	24-2-17	8	1071458683											0	0	0	24	10%
9	Daime Jimenez	2º	4-4-17	8	1079012601											0	0	0	24	10%
10	Hilary Caramillo	2º.	2-3-18	7	1062985095											0	0	2	24	12%

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente:

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

EJE: **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I.E. Junin.

Profesional que realiza la actividad: Horacio Espinoza.

						TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
						Fecha:					Fecha:					Fecha: 1-8-2025				
						COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Alejandra Palmera.	3º	10-Nov-16.	8	1049011622.											0	2	0	24	16%
2	Estiven Domico P.	3º	8-Abril-15	10	1049007855											0	0	4	20	12%
3	Daela mendoza. T.	3º	8-Jun-16	9	1071938118											0	1	2	21	10%
4	Deileen Altamiranda	3º	1-Jul-17	9	1049012949											0	0	0	24	10%
5	Luis Jose Arcia.	3º	15-Jul-16	9	1233040200											0	2	0	24	12%
6	Orladis Isabel. Hdz	3º	4-Sept-16	9	1071938158											0	0	4	20	9%
7	Dariam Carvajal. A.	3º	17-Sept-15	9	1138030620.											0	0	2	22	10%
8	Yuliana Arguneda	3º	29-Ago-16	8	1233040350											0	0	0	24	10%
9	Anderson Vallejos	3º	23-Ago-17	8	1049013283											0	0	0	24	12%
10	Everson Domico.	3º	28-Ago-17	8	1049013495.											0.	0.	2	22	10%

Firma docente: _____ Firma docente: Delwis W Barrier Firma docente: _____

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atención Primaria en Salud — APS.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de educación en Salud oral

DIA:	1	MES:	Agosto.	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	I.E. Juan.	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Carlos Meman.	RC	1068825146		6	M									X								X		No Firma
2	Nicool Arroyo.	TI	1062541766		7	F									X								X		No Firma
3	Jhon A. Avila.	RC	1068825047		6	M									X								X		No Firma
4	Samuel Barba.	RC	1201275421		6	M									X								X		No Firma
5	Saray Barios.	TI	1421367314		7	F									X								X		No Firma
6	Juan Cuadrado.	RC	1023830784		6	M									X								X		No Firma
7	Emiliana Roria.	RC	1068824976		6	F									X								X		No Firma
8	Ezequiel Falco.	RC	1068825165		6	M									X								X		No Firma
9	Zoey Garcia.	RC	1068825109		6	F									X								X		No Firma
10	Maria Giraldo.	RC	1236239120		6	F									X								X		No Firma

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atención Primaria en Salud – APS.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de educación en Salud oral

DIA:	1	MES:	Agosto.	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	I.E. Junín	ZONA:	Urbano.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Luis Felipe Rosso.	TI	1074033080		7	M									X								X		Luis Rosso.
2	Omar Jabaleta	TI	1103500495		8	M									X								X		Omer.
3	Yisell Milagros.	TI	1137876867		9	F									X								X		Yisell
4	Yuridia Domico.	TI	1733040514		8	F									X								X		Yuridia
5	Carlos Gonzalez	TI	1074008930		9	M									X								X		Carlos.
6	Heber Hernandez	TI	1074006805		10	M									X								Y		Heiver
7	Heidy Hernandez	TI	1071436955		12	F									X								X		Heidy
8	Arodys Jaraspia	TI	1071438683		8	F									X								X		Arodys
9	Jaime Jimenez	TI			8	M									X								X		Jaime.
10	Hilary Jaramillo	TI.	1062985095		7	F									X								X		Hilary

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atención Primaria en Salud – APS.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de educación en salud oral

DIA:	1	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	I.E. Juan	ZONA:	Urbano.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Alejandra Palmera	TI	1024011622		8	F									Y								Y		Alejandra
2	Estiven Domico.	TI	1024007855		10	M									Y								Y		Estiven
3	Daela Mendoza	TI	1021438118		9	F									Y								Y		Daela
4	Dailen Miranda	TI	1024012491		9	M									Y								Y		Dailen
5	Luis Jose Arcia.	TI	1233040200		9	M									Y								Y		Luis Jose
6	Orlade Isabel A.	TI	1021438158		9	F									Y								Y		Orlade
7	Brian Carvajal	TI	1138030620		9	M									Y								Y		Brian
8	Yulianis Argumedo	TI	1233040350		8	F									Y								Y		Yulianis
9	Anderson Callejas	TI	1024013283		8	M									Y								Y		Anderson
10	Everson Domico.	TI	1024013495		8	M									Y								Y		Everson

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

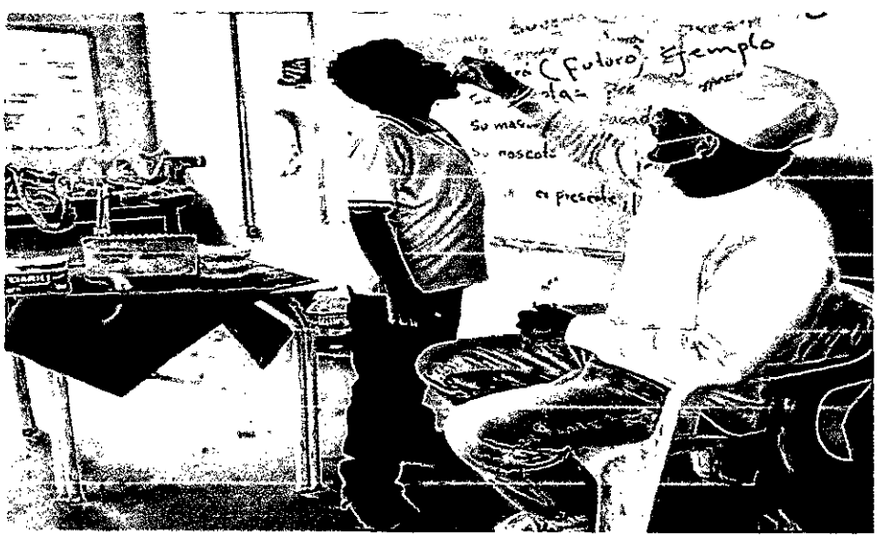
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

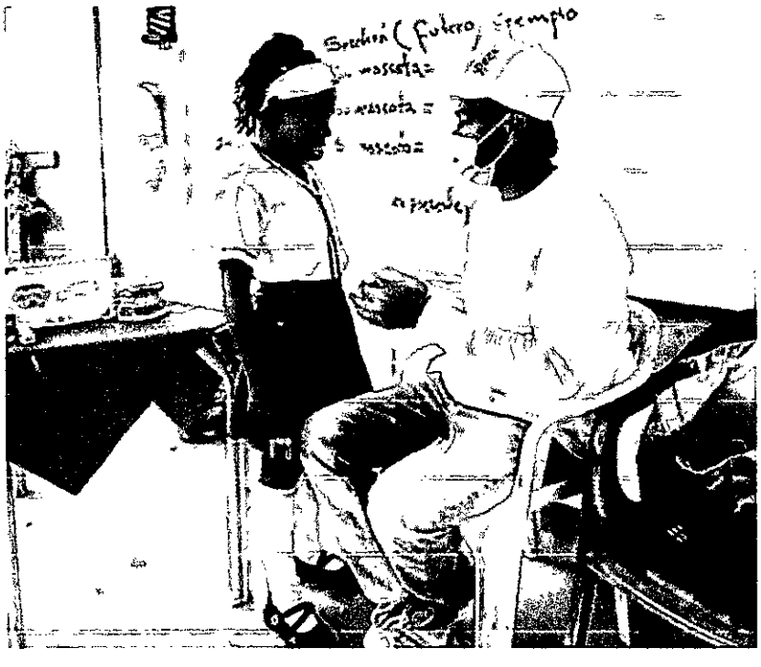
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

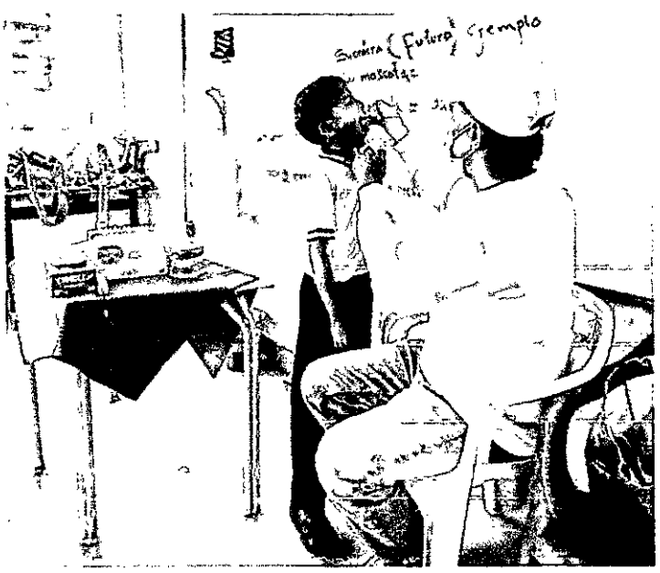
VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

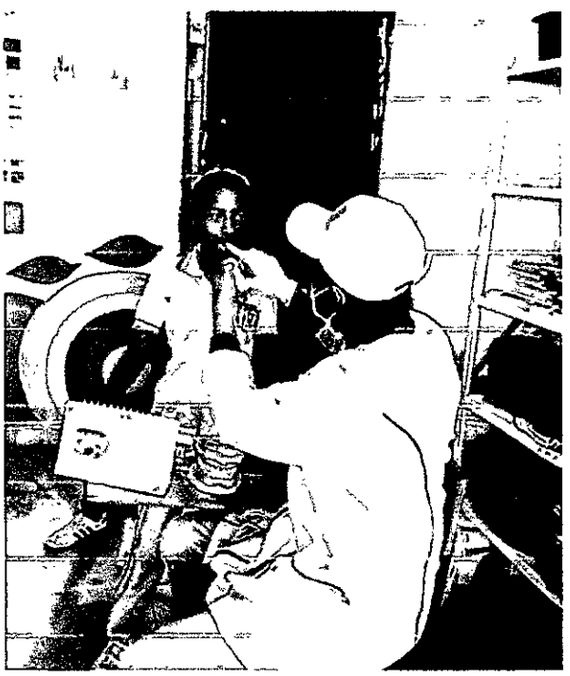
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

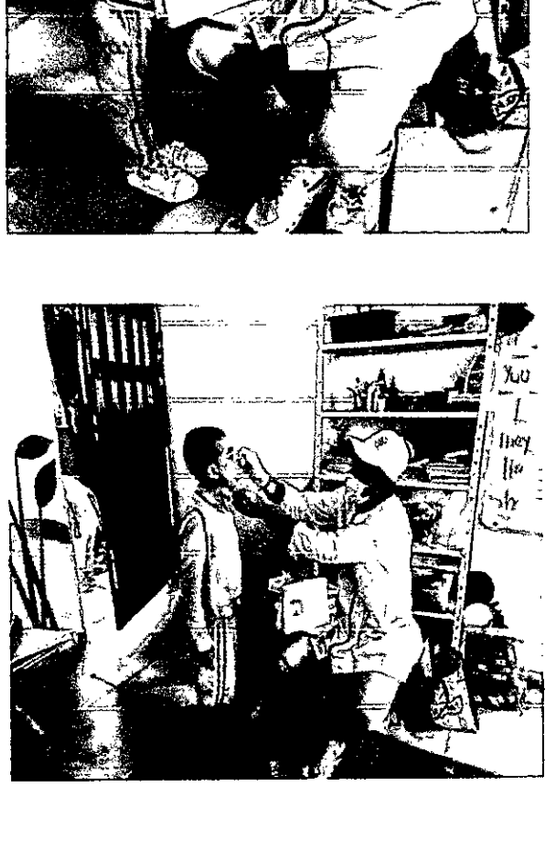
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

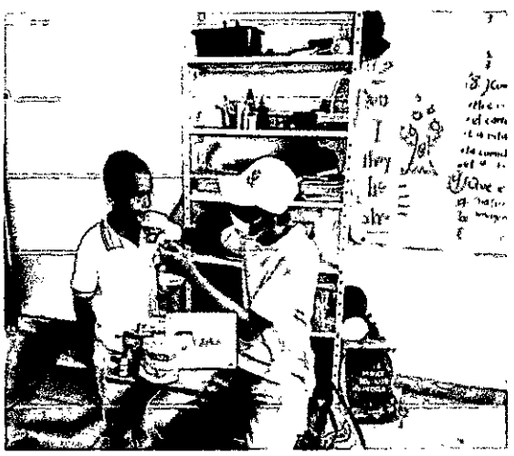
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

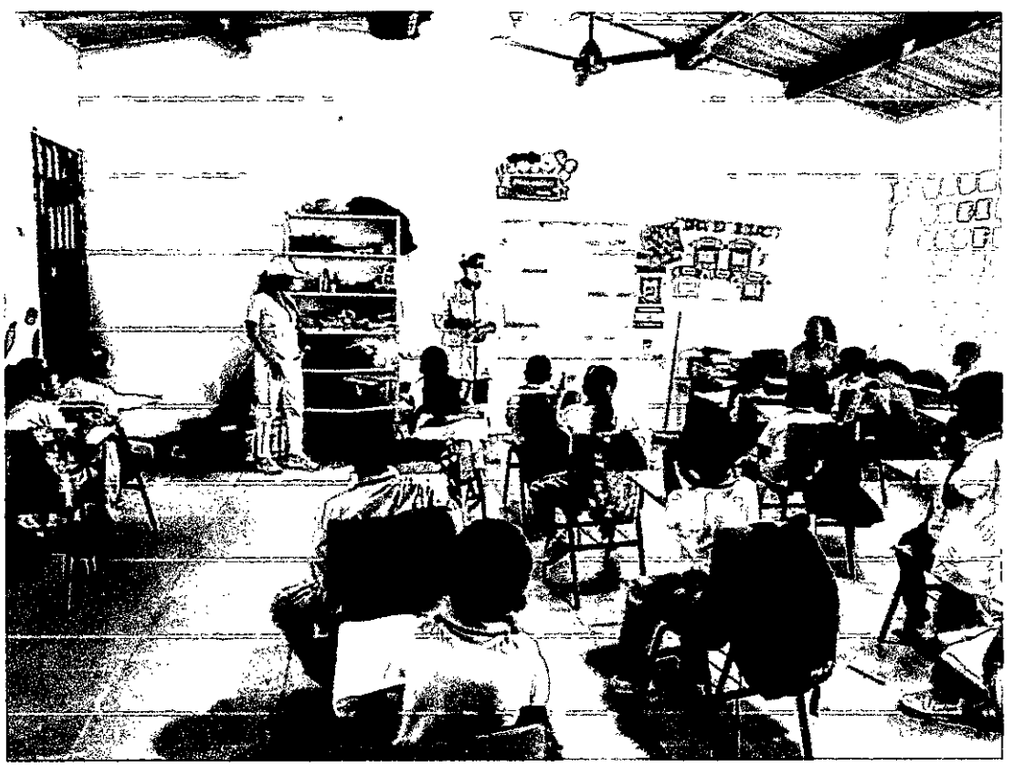
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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



Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

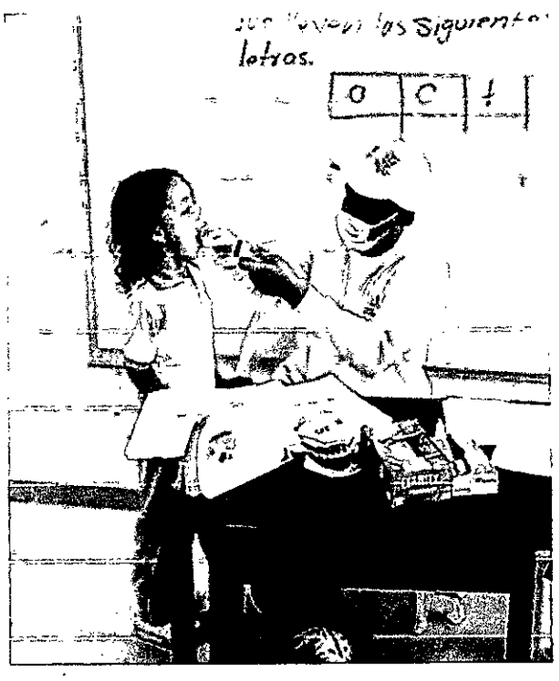
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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







[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN
Fecha:	1 DE AGOSTO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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



RURAL

Segunda visita

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E Palmira	Hora de Inicio: 7:00 Am.
Fecha 4-7-2025	Hora de Finalización: 12:00 pm.

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar talleres de educacion en salud Oral.
Sensibilizar sobre la enseñanza en salud. Oral.

Desarrollo de la Reunión

Se inicia con una Oracion y presentacion.
Motivo de la Visita.
Charla educativa sobre Higiene Oral.
Aplicacion de gotas Reveladoras de. Placa Bacteriana.
Profilaxis a cada Niño
Se entrega kits de Higiene Oral. a cada. Estudiante.

Conclusiones

Evaluamos con un antes y un Despues para saber que tanto saben y cuanto aprendieron de lo explicado.

Recomendaciones

Cepillado 3 veces al dia.
Uso de Cada Dental.
Visitar al odontologo Regularmente

Responsables de la Actividad

Heraclio Espinoza.

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: Institucion E. Palmira (1°)

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Espinoza

						TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
						Fecha:					Fecha: 4-7-2025					Fecha:				
						COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
o.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Emerson Berrio	1°	21-4-2018	7	1074014524	0	0	0	24	10%	0	0	0	24	12%					
2	Edoar Carmona.	1°	26-8-2018	7	1079019908	0	0	0	24	15%	0	0	0	24	10%					
3	Maria Coronado	1°	26-10-2017	7	1079013596	0	0	0	24	20%	0	0	0	24	15%					
4	Tianys Domico	1°	27-3-2019	6	1071939200	0	0	0	24	15%	0	0	0	24	10%					
5	Haileth Hernandez	1°	30-1-2018	6	1074015482	0	0	0	24	12%	0	0	0	24	10%					
6	Matias Nuñez	1°	30-1-2018	6	1071939199	0	0	0	24	13%	0	0	0	24	12%					
7	Emanuel Ortiz	1°	15-5-018	7	1932191200	0	0	0	24	12%	0	0	0	24	9%					
8	Isabel Paez	1°	12-2-2019	6	1071939168	0	0	0	24	10%	0	0	0	24	10%					
9	Yurleidy Ramos	1°	14-11-2017	7	1079013595	0	0	0	24	12%	0	0	0	24	10%					
10	Dorias Rivas M.	1°	15-3-2019	6	1074015657	0	0	0	24	15%	0	0	0	24	11%					

Firma docente: _____ Firma docente: Lilia Luna Firma docente: _____

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I.E. Palmira (3°)

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Espinoza

						TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
						Fecha:					Fecha: 4-7-2025					Fecha:				
						COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
o.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Nicolas Acosta	3°	5-8-2016	9	1049010886						0	0	0	26	10%					
2	Juan Cordero	3°	27-3-2017	8	1062538895						0	0	0	26	10%					
3	Eyan de Arco	3°	12-11-2015	9	1049009537						0	0	0	26	12%					
4	Aileen Jaramillo	3°	27-12-2016	8	1049011864						0	0	0	26	13%					
5	Belcy Arroyo	3°	29-3-2017	8	1049012383						0	0	0	26	10%					
6	Yelany Garcia	3°	5-6-2017	8	1028039553						0	0	0	26	15%					
7	Yelber Herrera	3°	9-5-2017	8	1049012714						0	0	0	26	12%					
8	Yerlis Martinez	3°	24-1-2017	8	1063308498						0	0	0	26	10%					
9	Nathian Triana	3°	12-5-2017	8	1049012692						0	0	0	26	10%					
10	Yelisa Ogendo	3°	12-12-2014	7	1049013877						0	0	0	26	10%					

Firma docente: _____ Firma docente: Jose Ibañez Firma docente: _____

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I. E. Palmira.

Profesional que realiza la actividad: Heracho Espinosa.

						TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
						Fecha:					Fecha: 4-7-2025					Fecha:				
o.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
						Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Kaner Acosta Roman	2º	2-03-2018	7	1074014159.						0	0	0	24	12%					
2	Anderson Berrio D.	2º	17-05-2017	8	1074012730						0	0	0	26	10%					
3	Angel Blanco B.	2º	27-07-2018	7	1074014662						0	0	0	24	12%					
4	Samuel Fabra M.	2º	18-10-2018	6	1071430019						0	0	0	24	15%					
5	Angel Evora Romero	2º	1-05-2018	7	1074014551						0	0	0	24	9%					
6	Juel Herrera O.	2º	24-04-2018	7	1074014410						0	0	0	24	10%					
7	Brayan Julio O.	2º	29-08-2017	8	1033500817						0	0	0	26	10%					
8	Wilder Mendoza M.	2º	10-05-2017	8	1074012659						0	0	0	26.	12%					
9	Loti Monta Romero	2º	30-10-2017	7	1071438497						0	0	0	24	12%					
10	Isabella Suarez P.	2º	15-07-2017	8	1071438360						0	0	0	26.	10%					

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

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

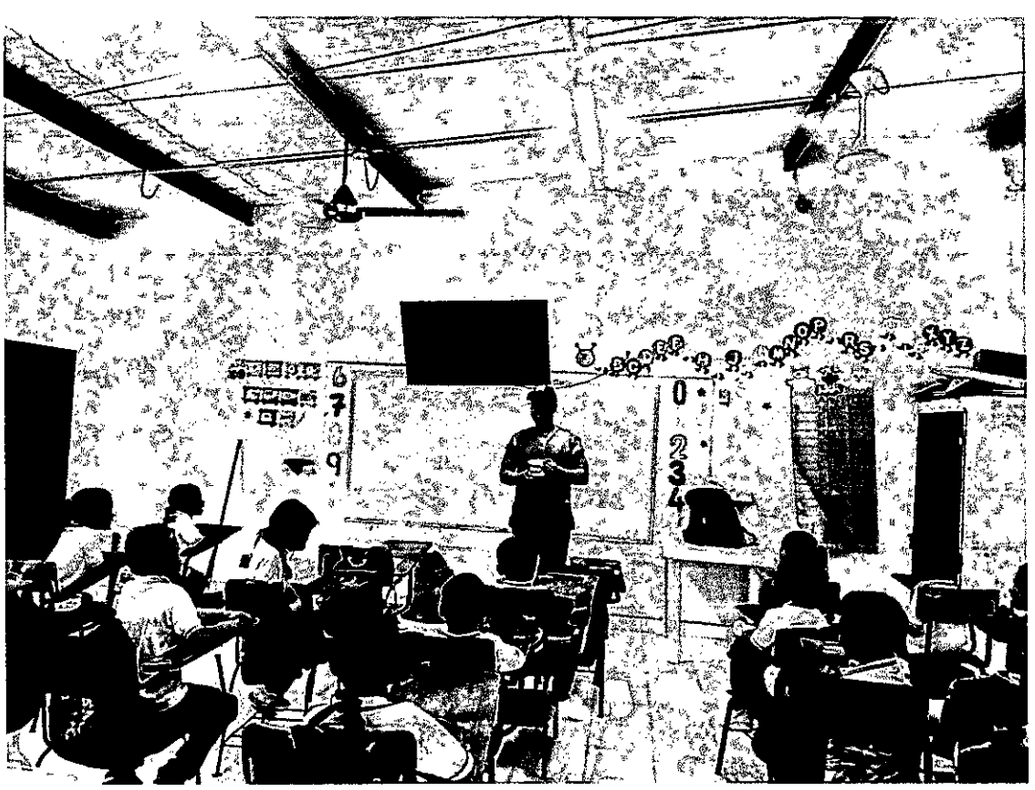
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO GRUPAL

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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



[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

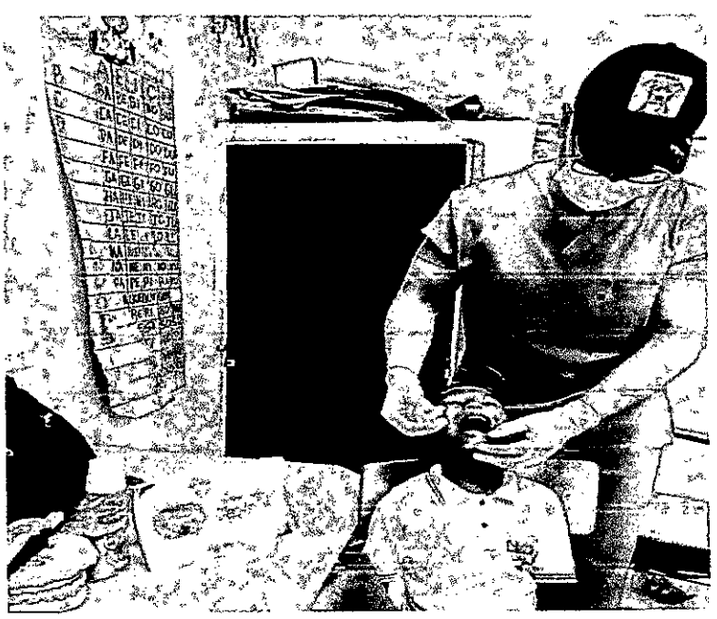
VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO GRUPAL

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 1

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2





[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2





[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

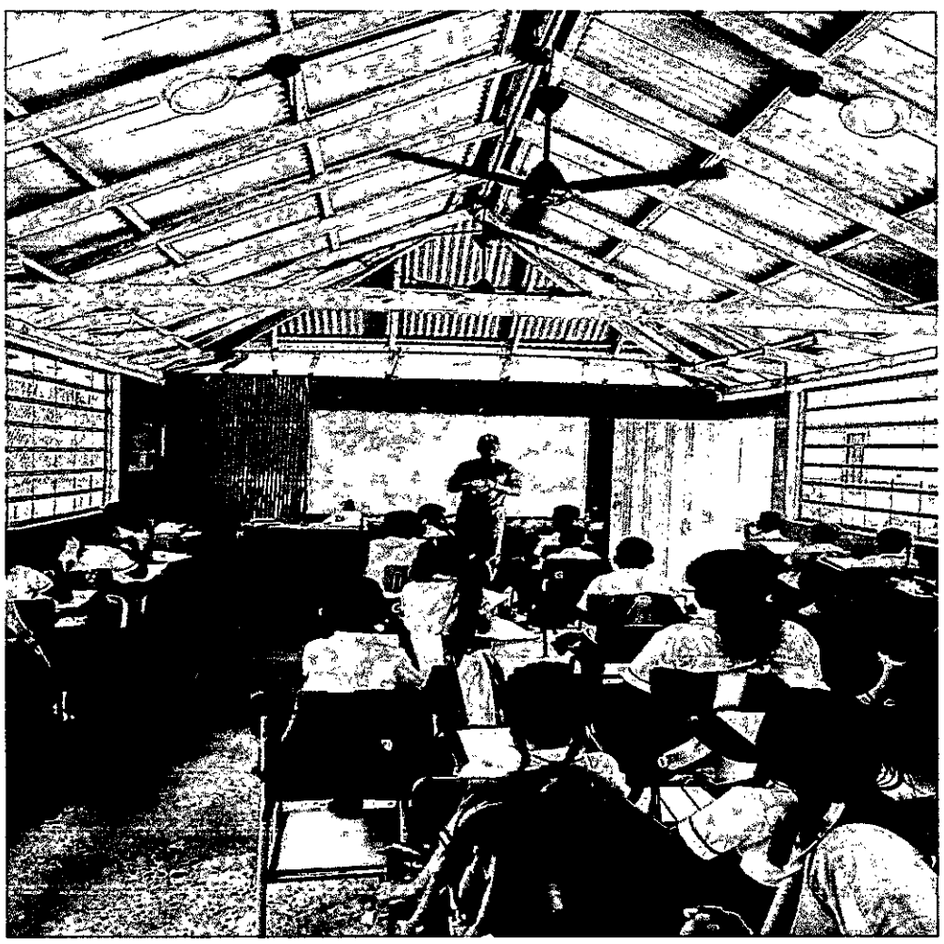
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO GRUPAL

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

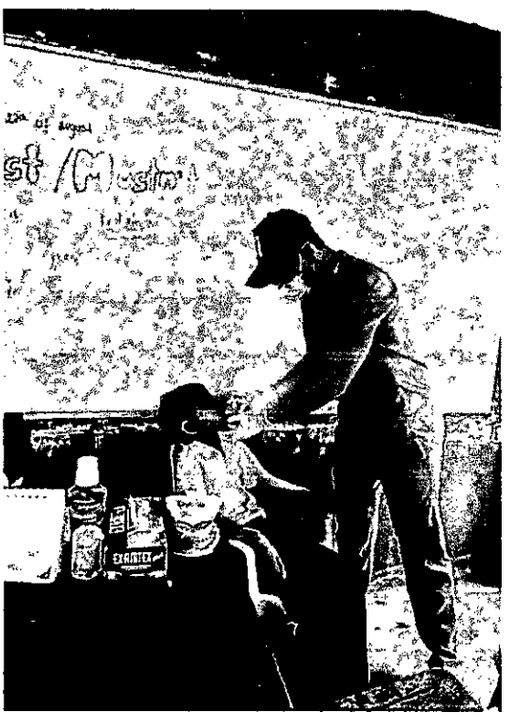
VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2





[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	4 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 2







Tercera visita

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. Palmira.	Hora de Inicio: 7:00 Am
Fecha 23-07-2025	Hora de Finalización: 12:00 pm.

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar talleres de educación en Salud. Oral, Sensibilizar Sobre la enseñanza en Salud Oral.

Desarrollo de la Reunión

Se inicia con una oración y Presentación Motivo de la visita.
Charla educativa Sobre Higiene Oral.
Aplicación de gotas reveladoras. de placa Bacteriana.
Profilaxis a cada niño
Se entrega kits de higiene oral a cada Estudiante.

Conclusiones

Evaluamos con un antes y un despues para Saber que tanto Saben y cuanto Aprendieron de lo explicado.

Recomendaciones

Cepillado tres veces al dia.
Uso de seda dental.
Visitar al odontologo cada 6 meses.

Responsables de la Actividad

Jennifer Ruiz. Heraclio Espinoza.

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I.E. Palmira (1º)

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Espinoza

						TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
						Fecha:					Fecha:					Fecha: 23-7-25				
						COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
o.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Emerson Berrio	1º	21-4-2018	7	1079014529											0	0	0	24	10%
2	Edgar Carmona	1º	26-8-2018	7	1079014908											0	0	0	24	11%
3	Maria Coronado	1º	26-10-2017	7	1079013596											0	0	0	24	9%
4	Tiania Domico	1º	27-3-2019	6	1071909200											0	0	0	24	10%
5	Hallet Hernandez	1º	30-1-2018	6	1079015482											0	0	0	24	10%
6	Matias Perez	1º	30-1-2018	6	1071939194											0	0	0	24	8%
7	Emanuel Ortiz	1º	1		1932191200											0	0	0	24	13%
8	Isabel Paez	1º	12-2-2019	6	1071939168											0	0	0	24	10%
9	Yurleidis Ramos	1º	4-11-2017	7	1079013595											0	0	0	24	10%
10	Dorios Rivas	1º	15-3-2019	6	1079015657											0	0	0	24	12%

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: Julia Perez

52 29

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I. E. Palmira (2º)

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Espinoza

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha:					Fecha:					Fecha: 28-7-2025				
							COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana	COP				% placa bacteriana
o.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Kaner Acosta. R.	2º	2-8-2018	7	1074014159												0	0	0	29	10%
2	Anderson. Berrio	2º	17-5-2017	8	1074012730												0	0	0	26	00%
3	Angel Blanco	2º	21-7-2018	7	1074014662												0	0	0	29	9%
4	Samuel Blabra	2º	18-10-2018	6	1071439019												0	0	0	29	12%
5	Angel Guerra R	2º	1-5-2018	7	1074014551												0	0	0	29	10%
6	Joel Herrera	2º	24-4-2018	7	1074014410												0	0	0	29	10%
7	Brayan Jolio	2º	29-8-2017	8	1033300817												0	0	0	26	14%
8	Wilder Mendoza	2º	10-5-2017	8	1074012659												0	0	0	26	11%
9	Lie montes	2º	30-10-2017	7	1071438497												0	0	0	29	10%
10	Isabela Suarez	2º	15-7-2017	8	1071438360												0	0	0	26	10%

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

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

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

Lugar: I.E Palmira

Profesional que realiza la actividad: Heracio Jonion Espinoza

							TALLER #1					TALLER #2					TALLER #3				
						Fecha:					Fecha:					Fecha: 23-7-2025				
No.	Nombre estudiante	Curso	Fecha nacimiento	Edad	# documento identidad	COP Cariados	COP Obturados	COP Perdidos	COP Sanos	% placa bacteriana	COP Cariados	COP Obturados	COP Perdidos	COP Sanos	% placa bacteriana	COP Cariados	COP Obturados	COP Perdidos	COP Sanos	% placa bacteriana
1	Nicolas Acosta	3º	05/08/2016	9	1074010886					20%						0	0	0	10%	10%
2	Juan Cordero R	3º	27/03/2017	8	1062588849					10%						0	0	0	10%	10%
3	Eyoan de Arco E	3º	12/11/2015	9	1094009537					17%						0	0	0	10%	10%
4	Aileen Caramillo S.	3º	27/12/2016	8	1094011864					19%						0	0	0	10%	10%
5	Delcy Arroyo P	3º	27/03/2017	8	1094012383					12%						0	0	0	13%	15%
6	Yelany Garcia R	3º	05/06/2017	8	1028039553					15%						0	0	0	12	12%
7	Yeiber Herrera H	3º	09/05/2012	8	1094012714					15%						0	0	0	11	11%
8	Yerlis Martinez	3º	24/01/2017	8	1063308498					12%						0	0	0	10	10%
9	Mathias Triana A	3º	12/05/2012	8	1094012692					22%						0	0	0	10	10%
10	Heliza Ospendo H	3º	12/12/2017	7	1094013897					20%						0	0	0	10	10%

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: José Ibañez

82

EVIDENCIA FOTOGRAFICA
EJE: ATENCION PRIMARIA

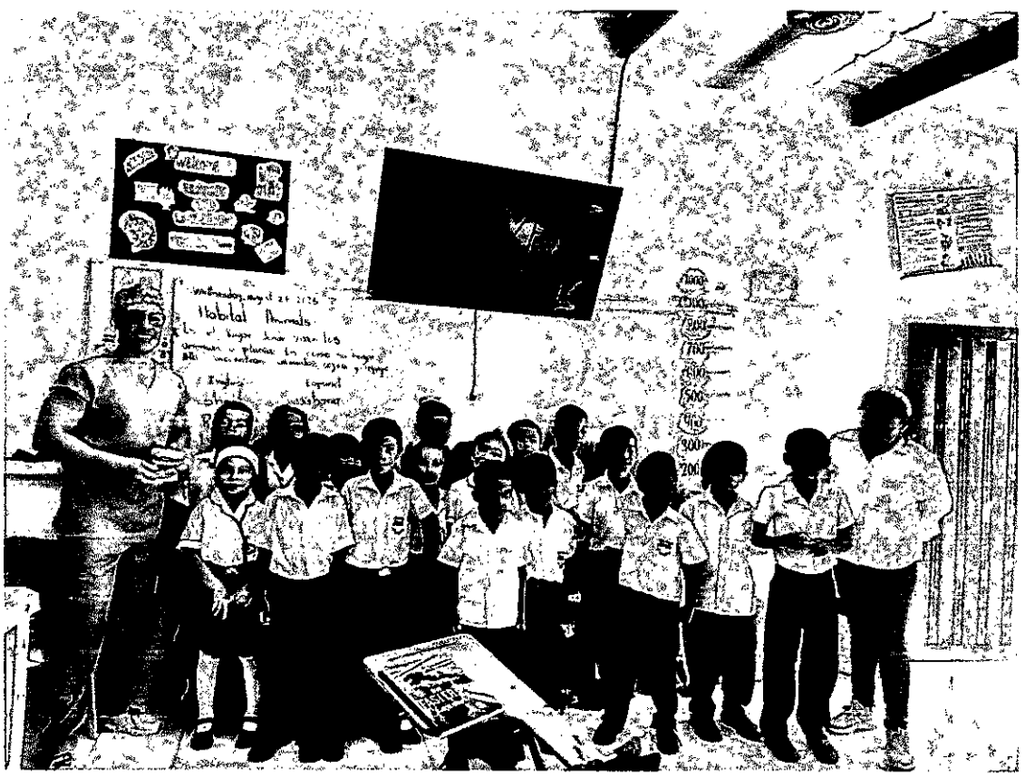
Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO GRUPAL

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3



[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







83

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

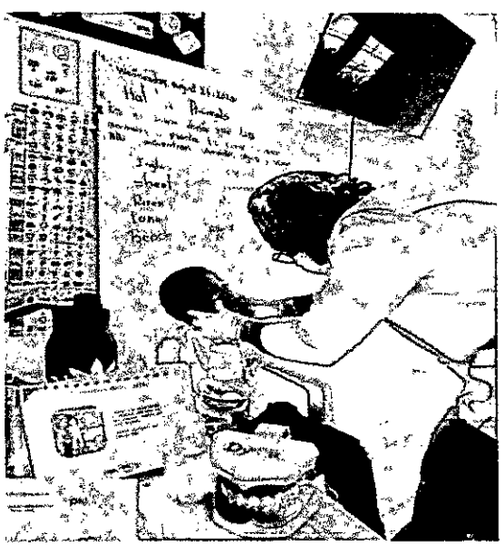
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

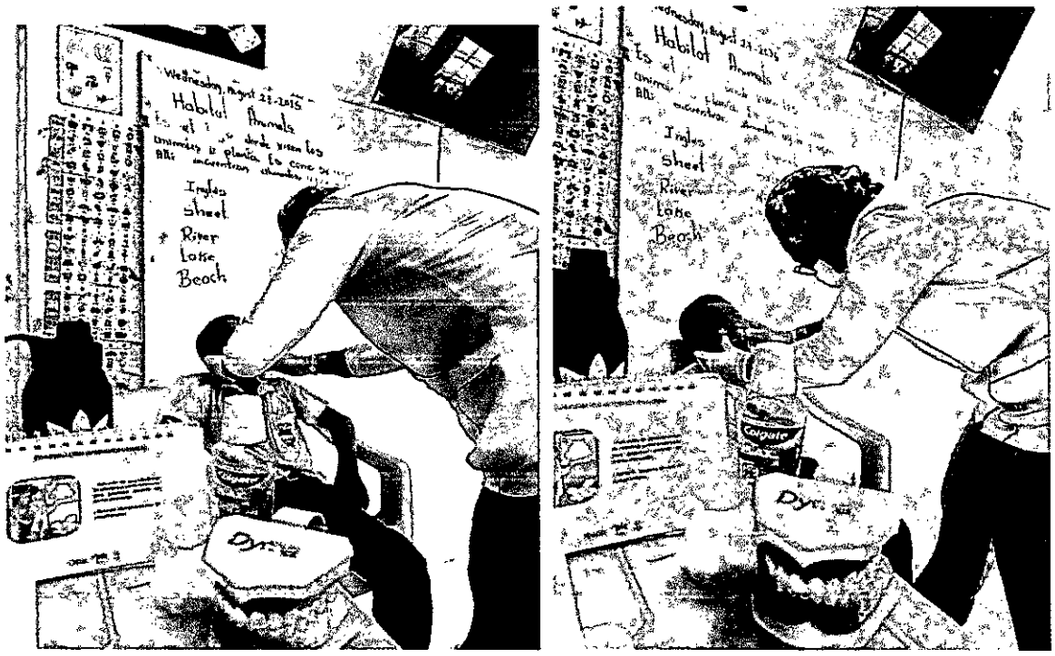
Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

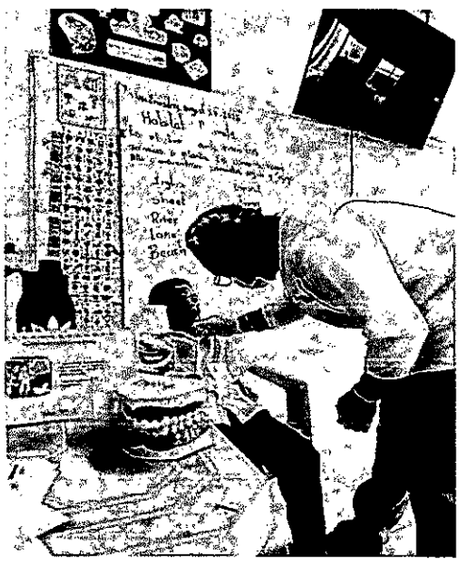
Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

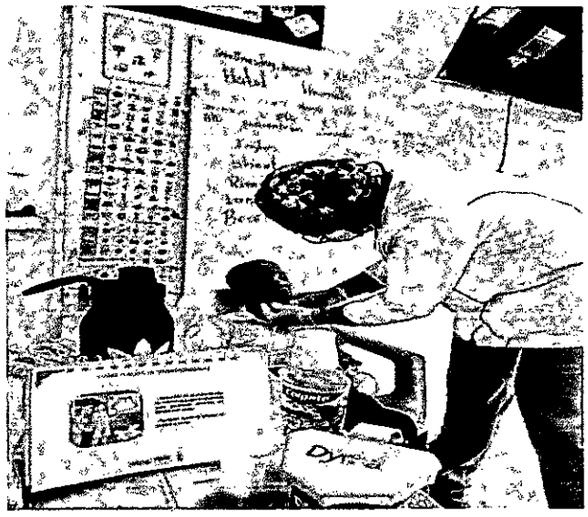
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO SEGUNDO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

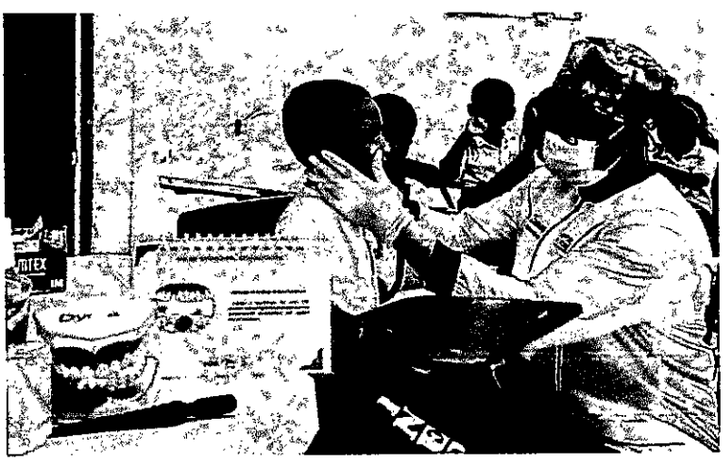
VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3





[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

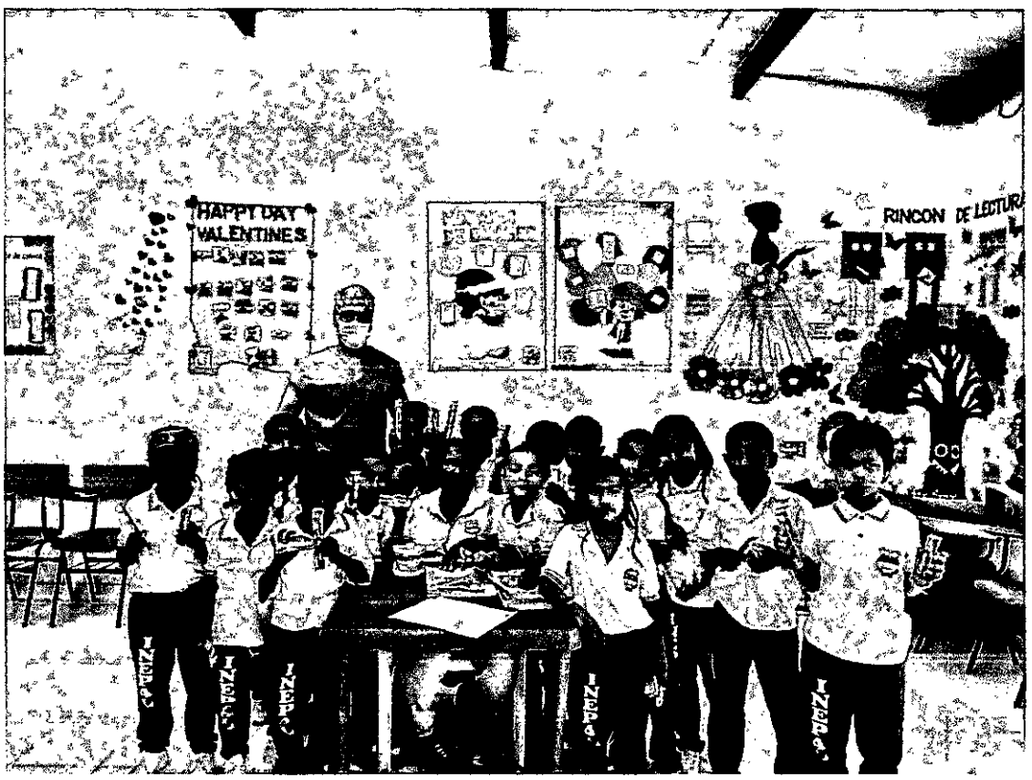
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO GRUPAL

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

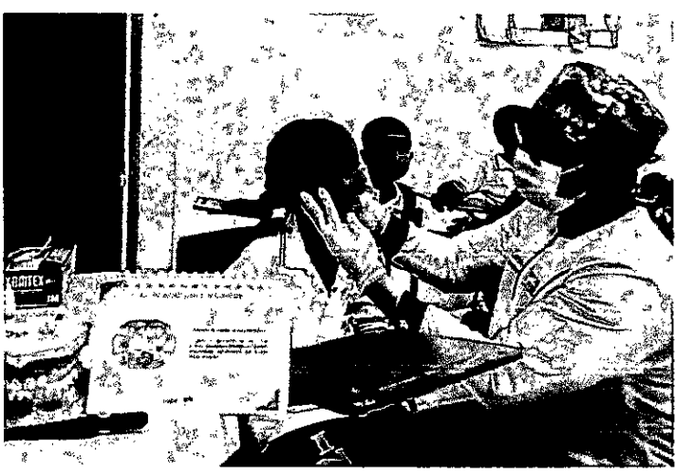
Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA3







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO PRIMERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3





EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO GRUPAL

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.
VISITA 3







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

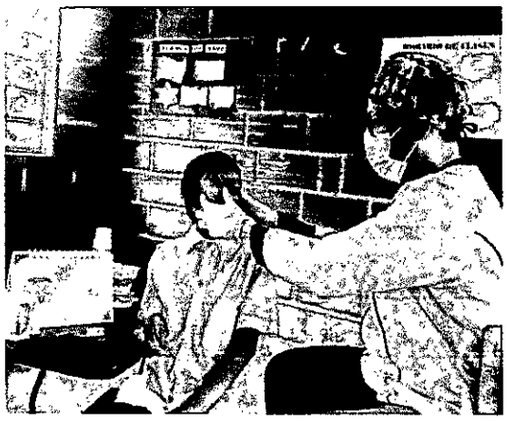
VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

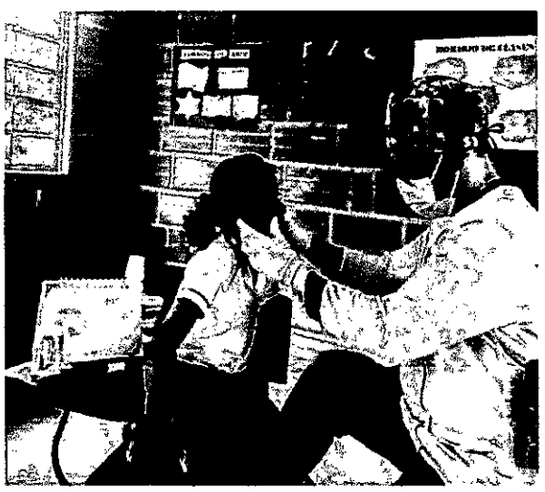
Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	INSTITUCION EDUCATIVA PALMIRA
Fecha:	23 DE JULIO 2025
Personas Intervenidas:	GRADO TERCERO

VISITA : 3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

VISITA 3







HOSPITAL SAN JOSE [redacted]	INFORME DE EJECUCION PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025	pic - Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Gobernación de Córdoba

URBANO

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

pic

HOSPITAL SAN JOSE [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 14/07/25 Municipio: Cerrajita Número de visita: (2)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandra Milena Gonzalez Florez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073476052
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145460816
f) EPS: Mi IPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 23
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 26/03/25-25/04/25-26/05/25-26/06/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 23 cm	Peso: 57 kg	Talla: 158 cm	IMC: 22

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

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

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ _____
☐
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Sandra M. Gea

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

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA EJE:

ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	14-JULIO-2025 9:00 AM
Personas Intervenidas:	SANDRA MILENA GONZALEZ FLOREZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 2



[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 18/07/25 Municipio: Ricaurte Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marley Esther Murillo Sanchez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1071494480
c) Edad: 26 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145414836
f) EPS: Cajacopi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 40
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 16/03/25 - 19/04/25 - 20/05/25 - 22/06/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 19 cm	Peso: 53 kg	Talla: 164 cm	IMC: 20

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Baja

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

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

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Flores Firma: Brayan Flores

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Halerson

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

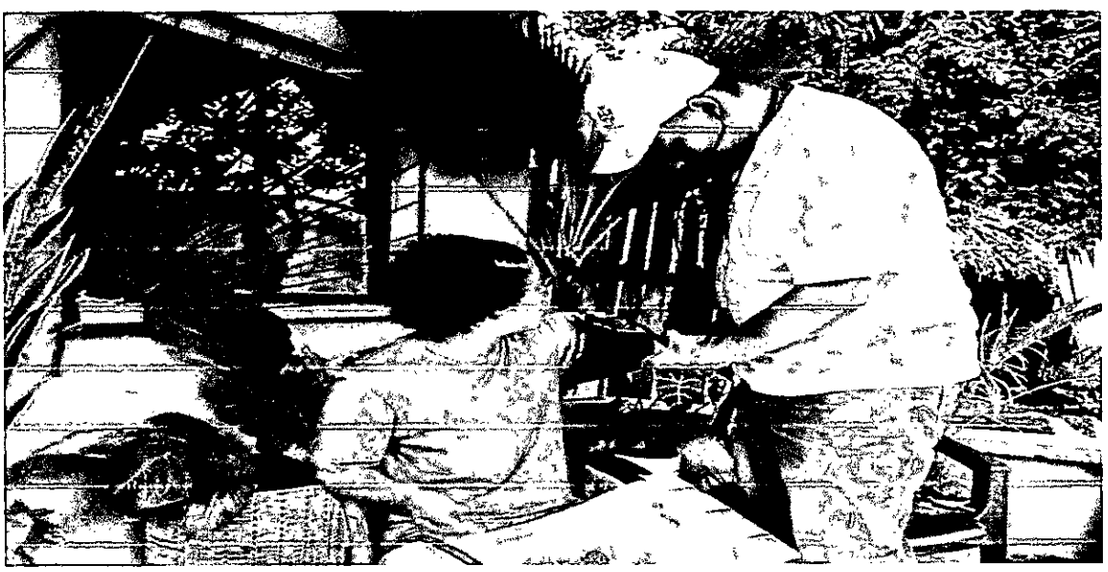
EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	18-JULIO-2025 – 2:00 PM
Personas Intervenidas:	MARLEY ESTHER MURILLO SANCHEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 2- VISITA NUMERO 2



HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

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

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Maria Jose Lopez Diaz
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1067400168
c) Edad: 30 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3014341410
f) EPS: Caja Cop.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 27.4
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 04/03/25-08/04/25-10/05/25-10/06/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 70 lpm
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm
o	AU: 28 cm	Peso: 61 kg	Talla: 164 cm	IMC: 23

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: BAJO

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

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

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Mario Firma: Brayan M.

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Maria Jose

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	11-JULIO-2025 – 8:00 AM
Personas Intervenidas:	MARIA JOSE YANEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 3- VISITA NUMERO 2



vpic

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 14/07/25 Municipio: Iverales Número de visita: (2)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Beatriz Elena Angel Saavedra
b) Tipo documento ID: Cc Número documento identidad: 1192895758
c) Edad: 24 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3127391158
f) EPS: Mutual Ser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 29
- Número de controles prenatales: 6
- Fecha de controles prentales: 06/01/25-07/02/25-10/03/25-11/04/25-14/05/25
- Signos vitales: 19/06/25

o Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 29 cm	Peso: 62 kg	Talla: 160 cm	IMC: 24.

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se Compromete asistir a la Cita con Ginecologia
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de tener un buen Control Prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Lora Firma: Brayan Lora

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Beatriz Saavedra

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

115

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	14-JULIO-2025 –10:00AM
Personas Intervenidas:	BEATRIZ ELENA ARGEL SAAVEDRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 4- VISITA NUMERO 2



pic

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE- MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/09/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luz Chana Figueroa
b) Tipo documento ID: Ce Número documento identidad: 1003433115
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3217199053
f) EPS: Nueva Ser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 20,4
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 15/04/25 - 16/05/25 - 16/06/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110 / 70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 18 cm	Peso: 59 kg	Talla: 1,63 cm	IMC: 22,1

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Se compromete asistir a la Cita con Ginecologia
- EDUCACION BRINDADA La importancia de tener un buen Control Prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Alarcon Firma: Brayan Ale

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Luz Figueroa

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

117

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	11-JULIO-2025 10:00 AM
Personas Intervenidas:	LUZ CHARINE FIGUEROA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 5- VISITA NUMERO 2



pic

HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 17/07/25 Municipio: Sierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandy Marcela Martinez Plaza
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1071431780
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3123613901
f) EPS: Asmet Salud

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 34
- Número de controles prenatales: 6
- Fecha de controles prentales: 19/03/25 - 19/04/25 - 12/05/25 - 15/06/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 120 / 70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 32 cm	Peso: 67 kg	Talla: 160 cm	IMC: 24

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la Cita con Ginecologia
- EDUCACION BRINDADA: la importancia de seguir un buen Control Prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ ____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Marco Firma: Brayan Marco

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: Sandy Martinez

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

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

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	19-JULIO-2025 3:00 PM
Personas Intervenidas:	SAIDY MARCELA MARTINEZ PLAZA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 6- VISITA NUMERO 2



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

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

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Margarita María Hernandez Perez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074009639
c) Edad: 27 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3136768876
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 38
- Número de controles prenatales: 6
- Fecha de controles prentales: 02/01/25-02/02/25-06/04/25/16/04/25-13/05/25
- Signos vitales: 13/06/25

o	Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 34 cm	Peso: 66 kg	Talla: 160cm	IMC: 25

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Baja

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

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE se compromete asistir a la Cita con Ginecología para determinar la fecha del parto.
- EDUCACION BRINDADA La importancia de tener un buen control prenatal.

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

_____

_____

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Mo

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Margarita Hp

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	11-JULIO-2025 – 2:00PM
Personas Intervenidas:	MARGARITA MARIA HERNANDEZ PEREZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 7- VISITA NUMERO 2



HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

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

1.INFORMACION GENERAL

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

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 30,2
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 25/03/25-24/04/25-22/05/25-23/06/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 100/80 mmHg		o FC: 78 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 29 cm	Peso: 61 kg	Talla: 160 cm	IMC: 23

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Baja

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

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

3. VALORACIÓN ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Alarcon Firma: Brayan Alarcon

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Yenus Babilonia

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	11-JULIO-2025 4:00PM
Personas Intervenidas:	YANEIS KARINA BABILONIA CORRALES

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 9- VISITA NUMERO 2



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 16/04/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Nubia Ester Guevara Nuñez
b) Tipo documento ID: Cc Número documento identidad: 1014199564
c) Edad: 29 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3106213825
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 36.2
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 10/02/25-11/03/25-15/04/25-16/05/25-16/06/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110/80 mmHg		o FC: 75 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 35 cm	Peso: 70 kg	Talla: 164 cm	IMC: 26

o

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	X	X	X

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: INTERMEDIO

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la cita Con Ginecologia para definir Fecha del parto
- EDUCACION BRINDADA: la importancia de asistir a la Citas Ginecologica

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

_____

_____

Nombre médico: Brayan Mauris Firma: Brayan Mauris

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Nubia

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

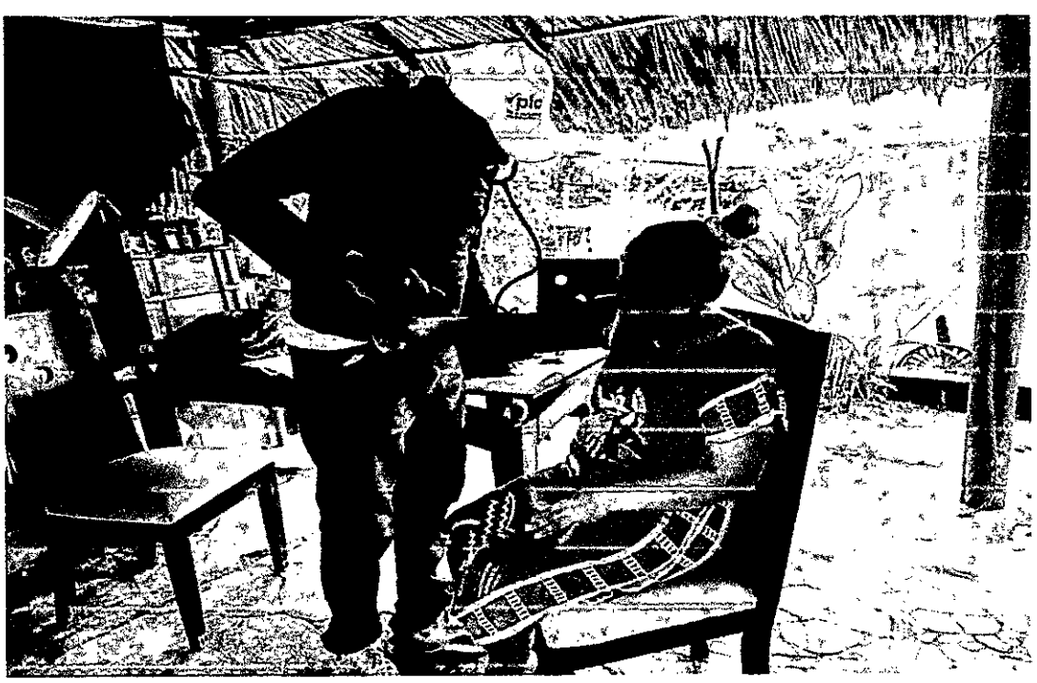
EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	16-JULIO-2025- 8:00AM
Personas Intervenidas:	NUBIA ESTHER GUEVARA NUÑEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 12- VISITA NUMERO 2



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 16/07/25 Municipio: Cerrachia Número de visita: 2)

1.INFORMACION GENERAL

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

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 23.2
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 16/04/25-19/05/25-19/06/25
- Signos vitales:

Presión arterial: 120/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
AU: 20 cm	Peso: 61 kg	Talla: 158 cm	IMC: 24

	TD	Influenza	Dpta
FECHAS VACUNAS	X	X	

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: INTERMEDIO

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: se compromete asistir a la siguiente cita con ginecologia
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de asistir a las Citas con Ginecologia

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Flores Firma: Brayan Flores

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: _____

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	16 JULIO-2025 10::00AM
Personas Intervenidas:	MARIA DOMICÓ DOMICÓ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 13 - VISITA NUMERO 2



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 18/07/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Liz Carolina Pineda Cifuentes
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1192925935
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3194495793
f) EPS: Nueva Sera

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 38
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 15/01/25-17-02-25-17/03/25-17/04/25- 16/05/25-16/06/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 120/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 34 cm	Peso: 58 kg	Talla: 162 cm	IMC: 21

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la Cita con Ginecologia para retirar la Cita del parto
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de asistir a las Citas Ginecologica

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Flores Firma: Brayan Flores

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: Liz Carolina Pineda

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	18-JULIO-2025 -3:00PM
Personas Intervenidas:	LIZ CAROLINA PINEDA CHANCI

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 14- VISITA NUMERO 2



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 17/07/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (2)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Jesenia Negrete Sierra
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068818057
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (R)
e) Teléfono de contacto: 3113740945
f) EPS: CAJA COP.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 32.2
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 11/03/25 - 14/04/25 - 15/05/25 - 16/06/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 30 cm	Peso: 71 kg	Talla: 170 cm	IMC: 24

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Baja

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

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

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Marco Firma: Brayan Ma

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: Jesenia Ne

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	17-JULIO-2025 – 2:00PM
Personas Intervenidas:	YESENIA NERETE SIERRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 15- VISITA NUMERO 2



Tercera visita

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

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

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

o	ECHAS VACUNA	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 31
- Recuento de placa bacteriana: 12 %
- Estado de higiene oral: (X) Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí (X) No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a partir de la Fecha.
- Educación en salud oral brindada:
□ Tecnicas de cepillado dental, Frecuencia del cepillado.
- Compromisos de la gestante:
cepillado 3 veces al dia uso diario de seda y enjuague bucal, visitar regularmente al odontologo.

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Horacio Espinoza Firma: Horacio Espinoza.
Firma de la gestante: Sandra Gonzalez.
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26-JULIO DE 2025
Personas intervenidas:	SANDRA MILENA GONZALEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

~~GESTANTE 1 VISITA 3~~



[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 28/08/25 Municipio: Cerrato Número de visita: (3)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandra Milena Gonzalez Florez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073476052
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145460816
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 30
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 26/03/25-25/04/25-26/05/25-26/06/25-25/07/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110/80 mmHg		o FC: 80 lpm
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm
o	AU: 29 cm	Peso: 54 kg	Talla: 158 cm IMC: 23

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la Cita con Ginecología
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de asistir a las Citas con Ginecología

3. VALORACION ODONTOLOGÍA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Bryan Moreno Firma: Bryan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Sandra Milena

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	19-AGOSTO-2025 7:00AM
Personas Intervenidas:	SANDRA MILENA GONZALEZ FLOREZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3).

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marleis Murillo Sanchez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1071429480
c) Edad: 20 años
d) Dirección de residencia: B/14 de marzo zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145711 98 36
f) EPS: Caja Cofi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 5,6 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado, temas de cepillado.
□ Recomendaciones, cuidado de la boca y encía del bebé

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontología cada 6 meses.
Seguir las recomendaciones. para el cuidado de la boca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio Espinosa Firma: Horacio Espinosa

Firma de la gestante: Marleis Murillo

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26 DE JULIO -2025
Personas Intervenidas:	MARLEY ESTHER MURILLO SANCHEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 2 - VISITA NUMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 28/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marley Esther Murillo Sanchez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1071149480
c) Edad: 20 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145414836
f) EPS: Caja Cop

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 25,5
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 16/03/25 - 19/04/25 - 20/05/25 - 22/06/25 - 22/07/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 140 / 80 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 24 cm	Peso: 54 kg	Talla: 164 cm	IMC: 20

	TD	Influenza	Dpta
FECHAS VACUNAS	X	X	

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Se compromete a colocarse la vacuna DPta
- EDUCACION BRINDADA a la importancia de tener las vacunas al dia

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Flores Firma: Brayan Flores

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Marley

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

PI

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	28-AGOSTO-2025 – 2:00 PM
Personas Intervenidas:	MARLEY ESTHER MURILLO SANCHEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 2- VISITA NUMERO 3



[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3).

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Maria jose yanet Diaz
b) Tipo documento ID: cc Número documento identidad: 1074001168
c) Edad: 30 años
d) Dirección de residencia: B/19 de marzo zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3014341410
f) EPS: cajacopi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 2 Sanos 26
- Recuento de placa bacteriana: 4.8 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado, Tecnica del cepillado
□ Recomendaciones para el cuidado de la boca y encia del bebé

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontologia cada 6 meses.
Seguir las recomendaciones. Para el cuidado de la boca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Herado Espinosa Firma: Herado Espinosa.

Firma de la gestante: Maria Jose

142

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	MARIA JOSE YANEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE NUMERO 3 - VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSE

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 16/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

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

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 32
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 04/03/25-08/04/25-16/05/25-16/06/25-10/09/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 110 / 70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 31 cm	Peso: 62 kg	Talla: 164 cm	IMC: 23

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la Cita con Ginecologia para definir via del parto
- EDUCACION BRINDADA: Lo importante si tiene un buen Control Prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

_____

_____

Nombre médico: Brayan Flores Firma: Brayan Flores

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Maria Jose

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	12-AGOSTO-2025 – 8:00 AM
Personas Intervenidas:	MARIA JOSE YANEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 3- VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Beatriz Ayde Saucedo
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1192895780
c) Edad: 24 años
d) Dirección de residencia: B/ Diamante zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3127391158
f) EPS: Mutualser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

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

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

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 29
- Recuento de placa bacteriana: 61.45 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí (X) No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza. Sobre el cepillado, Tecnicas del cepillado.
□ Recomendaciones, Cuidado de la boca y encía del bebé

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontología cada 6 meses.
Seguir las recomendaciones para el cuidado de la boca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio Espinosa Firma: Horacio Espinosa

Firma de la gestante: Beatriz Saucedo

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	BEATRIZ ELENA ARGEL SAAVEDRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE NUMERO 4 VISITA 3



pic | HOSPITAL SAN JOSE [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 22/08/25 Municipio: Jerardo Número de visita: (3

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Beatriz Elena Argel Saavedra
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1192857458
c) Edad: 24 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3127391158
f) EPS: Mutual Ser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 33.3
- Número de controles prenatales: 7
- Fecha de controles prentales: 06/01/25 - 07/02/25 - 10/03/25 - 11/04/25 - 14/05/25
- Signos vitales: 19/06/25 - 21/07/25

o Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 31 cm	Peso: 63 kg	Talla: 160 cm	IMC: 24.6

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir al siguiente Cita de Control Prenatal
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de tener un buen Control Prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ ____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Mo

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: Beatriz Saavedra

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	11 AGOSTO-2025 –10:00AM
Personas Intervenidas:	BEATRIZ ELENA ARGEL SAAVEDRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 4- VISITA NUMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Montería Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luz Charina Figueroa
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1003433115
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: 9 de agosto zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3217194053
f) EPS: Mutualser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

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

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 25
- Recuento de placa bacteriana: 3,57 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado, Tecnicas del cepillado.
□ Recomendaciones, cuidado de la boca y encia del Bebé.

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontologia cada 6 meses.
Seguir las recomendaciones. para el cuidado delaboca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio Espinosa Firma: Horacio Espinosa

Firma de la gestante: Luz Figueroa.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	27 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	LUZ CHARINE FIGUEROA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE 5 VISITA 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 12/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luz Chorine Figueroa
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1003433115
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3214199053
f) EPS: Mutual Ser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 25
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 15/04/25 - 16/05/25 - 16/06/25 - 18/07/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 110/70 mmHg			o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o AU: 24 cm	Peso: 60 kg	Talla: 165 cm		IMC: 21

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

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

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ ____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan M

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: Luz Figueroa

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	12 AGOSTO-2025 10:00 AM
Personas Intervenidas:	LUZ CHARINE FIGUEROA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 5- VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Neiva Número de visita: 3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandra Marcela Martinez Plaza
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1071431780
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: B/ zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3233613901
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 26
- Recuento de placa bacteriana: 1,78 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado, Tecnicas del cepillado.
□ Recomendaciones, cuidado de la boca y encia del bebé.

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontologia cada 6 meses
Seguir las recomendaciones para el cuidado de la boca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraldo Espinosa Firma: Heraldo Espinosa

Firma de la gestante: Sandra Martinez

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	SAIDY MARCELA MARTINEZ PLAZA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE 6 VSITITA 3



HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 19/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandy Marcela Martinez Plaza
b) Tipo documento ID: Cc Número documento identidad: 1071421780
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3138613901
f) EPS: Nueva eps

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 38+2
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 19/03/25-19/04/25-12/05/25-15/06/25-
- Signos vitales: 15/07/25

o	Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm
o	AU: 34 cm	Peso: 68 kg	Talla: 160 cm	IMC: 25

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Baja

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete a asistir a la Cita con Ginecología para definir Cx del parto
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de asistir a las Citas Ginecologicas.

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ _____
☐
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Sandy Martinez

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	19-AGOSTO-2025 8:30 AM
Personas Intervenidas:	SAIDY MARCELA MARTINEZ PLAZA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 6- VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Margarita maria hernandez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074064639
c) Edad: 27 años
d) Dirección de residencia: 13 / 19 de marzo zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3136768876
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

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

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

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 25 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado, Tecnicas del cepillado.
□ Recomendaciones, cuidado de la boca y encia del bebe.

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontologia cada 6 meses.
Seguir las recomendaciones para el cuidado de la boca y el bebe.

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio Espinosa Firma: Horacio Espinosa

Firma de la gestante: Margarita Hernandez

158

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	MARGARITA MARIA HERNANDEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE NUMERO 7 - VISITA NUMERO 3

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/08/25 Municipio: Lumbalito Número de visita: (3)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Margarita María Hernandez Perez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1074009639
c) Edad: 27 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3136768876
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 42
- Número de controles prenatales: 7
- Fecha de controles prentales: 07/01/25 - 07/02/25 - 10/03/25 - 11/04/25 - 13/05/25
- Signos vitales: 13/06/25 - 14/07/25

o	Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 36 cm	Peso: 67 kg	Talla: 160 cm	IMC: 25

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: se compromete asistir al Hospital si presenta algun Signo de alarma
- EDUCACIÓN BRINDADA: La importancia de tener un buen Control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Mena Firma: Brayan Mena

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: Margarita Hdz

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

160

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	11-AGOSTO-2025 – 2:00PM
Personas Intervenidas:	MARGARITA MARIA HERNANDEZ PEREZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 7- VISITA NUMERO 3



vpic

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tenjo Número de visita: (3)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandy de la Vega Hernandez.
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1148142539
c) Edad: 29 años
d) Dirección de residencia: Esmeralda. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3116588697.
f) EPS: Nueva EPS.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

o	ECHAS VACUNA	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28.
- Recuento de placa bacteriana: 15 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la Fecha
- Educación en salud oral brindada:
  ☐ Tecnica y frecuencia del cepillado
- Compromisos de la gestante: cepillado 3 veces al dia, uso Frecuente de Seda y Enjuague Bucal, Visitar frecuentemente al odontologo.

Nombre médico: _____ Firma: _____
Nombre odontólogo: Horacio Espinosa Firma: Horacio Espinosa.
Firma de la gestante: Sandy de la Vega.
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

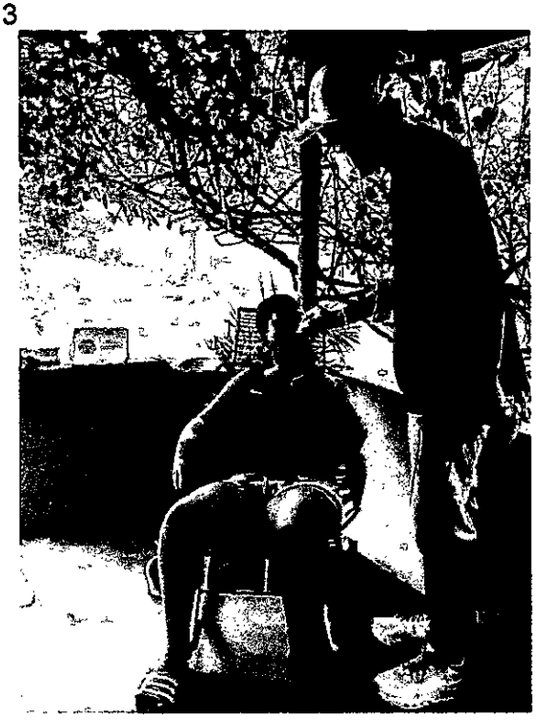
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26-JULIO-2025
Personas Intervenidas:	SANDY KARINA DE LA VEGA HERNANDEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE 8 VISITA 3



pic

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 19/08/25 Municipio: Herrera Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

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

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 39.3
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 19/3/25-16/04/25-15/05/25-17/06/25-18/07/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 120 / 70 mmHg		o FC: 78 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 34 cm	Peso: 64 kg	Talla: 162 cm	IMC: 24

o

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	^	x	a
		Hierro	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	1	x	t

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

¿Cuál? _____

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

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

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

_____

_____

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Sandy de la Vega

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	14-AGOSTO-2025 – 9:00AM
Personas Intervenidas:	SANDY KARINA DE LA VEGA HERNANDEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 8- VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yeneis Babilonia Corrales
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068819050
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: B/ esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3125894018
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

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

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

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 5 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 0.0 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado ; Tecnica del cepillado.
□ Recomendaciones, cuidado de la boca y leche del bebé

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontologia cada 6 meses.
Seguir las recomendaciones. Para el cuidado de boca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Ararda Espinosa Firma: Ararda Espinosa

Firma de la gestante: Yeneis Babilonia

166

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26 DE JULIO-2025
Personas Intervenidas:	YENEIS CAROLINA BABILONIA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE 9 VISITA 3



HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 19/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

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

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 35.4
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 23/03/25 - 24/04/25 - 22/05/25 - 23/06/25
- Signos vitales: 23/09/25

o Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 33 cm	Peso: 63 kg	Talla: 160 cm	IMC: 24

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Se compromete asistir a la Cita con Ginecología
- EDUCACION BRINDADA La importancia de asistir a las Citas Ginecológicas

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

□ _____
□
- Compromisos de la gestante:

_____

Nombre médico: Brayan Mena Firma: Brayan Mena

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Yeneis Babilonia

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	19-AGOSTO-2025 10:00AM
Personas Intervenidas:	YANEIS KARINA BABILONIA CORRALES

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 9- VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: 3

1.INFORMACION GENERAL

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

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

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

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28.
- Recuento de placa bacteriana: 12 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado, Tecnicas del cepillado.
□ Recomendaciones, cuidado de la boca y encia del bebe

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontologia cada 6 meses.
Seguir las recomendaciones para el cuidado de la boca y el bebe

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio Espinosa Firma: Horacio Espinosa.

Firma de la gestante: Chailys Araujo

140

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26-JULIO-2025
Personas Intervenidas:	CHEILIS ARAUJO VEGA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE 10 VISITA 3



pic

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 19/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cherlis Araujo Vega
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073970368
c) Edad: 21 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3136265718
f) EPS: Nuevo EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 39,2
- Número de controles prenatales: 6
- Fecha de controles prentales: 12/04/25-14/03/25-15/04/25-16/05/25-17/06/25
- Signos vitales: 18/08/25

o Presión arterial: 115/80 mmHg		o FC: 82 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 34 cm	Peso: 68 kg	Talla: 162 cm	IMC: 25

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asitir a la Cita Con Ginecologia
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de asitir a las Citas Con Ginecologia

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ ____
☐

- Compromisos de la gestante: ____

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: Cherlis Araujo

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

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	19-AGOSTO-2025 11:30 AM
Personas Intervenidas:	CHEILIS ARAUJO VEGA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 10- VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta. Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

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

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 30.
- Recuento de placa bacteriana: 11 %
- Estado de higiene oral: ☑ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☑ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:
  ☐ Enseñanza sobre el cepillado, Tamaños del cepillado.
  ☐ Recomendaciones) Cuidado de la boca y encia del bebe,
- Compromisos de la gestante:
  Uso diario de seda y enjuague Bucal, cepillado 3 veces al día, Visitar al odontologo frecuentemente.

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Anadeu Espinosa Firma: Anadeu Espinosa.

Firma de la gestante: Cristina Tapia

174

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	CRISTINA VANESA TAPIA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE 11 VISITA 3



HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 19/08/25 Municipio: Vienaleta Número de visita: (3)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cristina Tapia Herrera
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073973507
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (X) (R)
e) Teléfono de contacto: 3137321480
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 39,2
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 10/03/25 - 11/04/25 - 14/05/25 - 16/06/25 - 17/07/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110 / 70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o	AU: 35 cm	Peso: 69 kg	Talla: 165 cm	IMC: 25

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir a la cita con Ginecologia
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de asistir a las citas Ginecologia

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Cristina Tapia

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

175

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE.
Fecha:	19-AGOSTO-2025 1:00PM
Personas Intervenidas:	CRISTINA TAPIA HERRERA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 11- VISITA NUMERO 3



Vpic

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Nubia Cuevarra Nuñez

b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1064799564.

c) Edad: 39 años

d) Dirección de residencia: B/ Damanle. zona (U) (R)

e) Teléfono de contacto: 3106213825.

f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

o	ECHAS VACUNA	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo

o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 10 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): al 1 Primer Mes a partir de la fecha.
- Educación en salud oral brindada:
□ Tecnica del cepillado y frecuencia del cepillado.
- Compromisos de la gestante: Uso diario de seda y enjuague Bucal/ Cepillado 3 veces al dia.

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio Espinosa.

Firma de la gestante: Nubia Cuevarra

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

N78

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	LA ESMERALDA
Fecha:	26- JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	NUBIA ESTHER GUEVARA NUÑEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE 12 VISITA 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 19/08/25 Municipio: Fusagasugá Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Nubia Esther Cuevara Nuñez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1014195564
c) Edad: 39 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3106213825
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 40,4
- Número de controles prenatales: 6
- Fecha de controles prentales: 10/04/25 - 11/03/25 - 15/04/25 - 16/05/25 - 16/06/25
- Signos vitales: 16/07/25

o Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 36 cm	Peso: 71 kg	Talla: 164 cm	IMC: 26

o

	TD	Influenza	Dpta
FECHAS VACUNAS	C	X	9

	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	2	X	9

Clasificación del Riesgo obstétrico: INTERMEDIO

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se compromete asistir al Hospital si presenta signos de alarma.
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de tener un buen Control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: [signature]

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

100

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	19-AGOSTO-2025- 2:30PM
Personas Intervenidas:	NUBIA ESTHER GUEVARA NUÑEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 12- VISITA NUMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-28 Municipio: TIERRALTA Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: MARIA DOMICO DOMICO
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 32357887
c) Edad: 40 años
d) Dirección de residencia: B/ ESMERALDA. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: _____
f) EPS: N EPS.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

		TD	Influenza	Dpta
o	ECHAS VACUNA			
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 8 Perdidos 2 Sanos 22
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 MES A PARTIR DE LA FECHA
- Educación en salud oral brindada:

□ TECNICA CEPILLADO, CUIDADOS EN LA ENCIA Y DOLA DEL BEBÈ

- Compromisos de la gestante: USO DE CEPILLADO DENTAL Y ASISTIR A LOS CONTROLES.

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Heracio Espitia Firma: Heracio E Espitia
Firma de la gestante: _____
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

187

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	27 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	MARIA DOMICO DOMICO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.
GESTANTE 13 VISITA 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 19/08/25 Municipio: Ricaurte Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Maria Cris Pomeo Pomeo
b) Tipo documento ID: Ce Número documento identidad: 32357887
c) Edad: 40 años
d) Dirección de residencia: Piamonte zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3205052503
f) EPS: Nueva eps

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 28
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 16/04/25-19/05/25-19/06/25-18/07/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110/70 mmHg		o FC: 80 lpm
o	Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm
o	AU: 24 cm	Peso: 62 kg	Talla: 158 cm IMC: 24

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: INTERMEDIO

- Evaluación general de la gestante:

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Se compromete asistir al siguiente control prenatal
- EDUCACION BRINDADA la importancia de tener un buen control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ _____
☐

- Compromisos de la gestante:

_____

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: _____

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

184

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

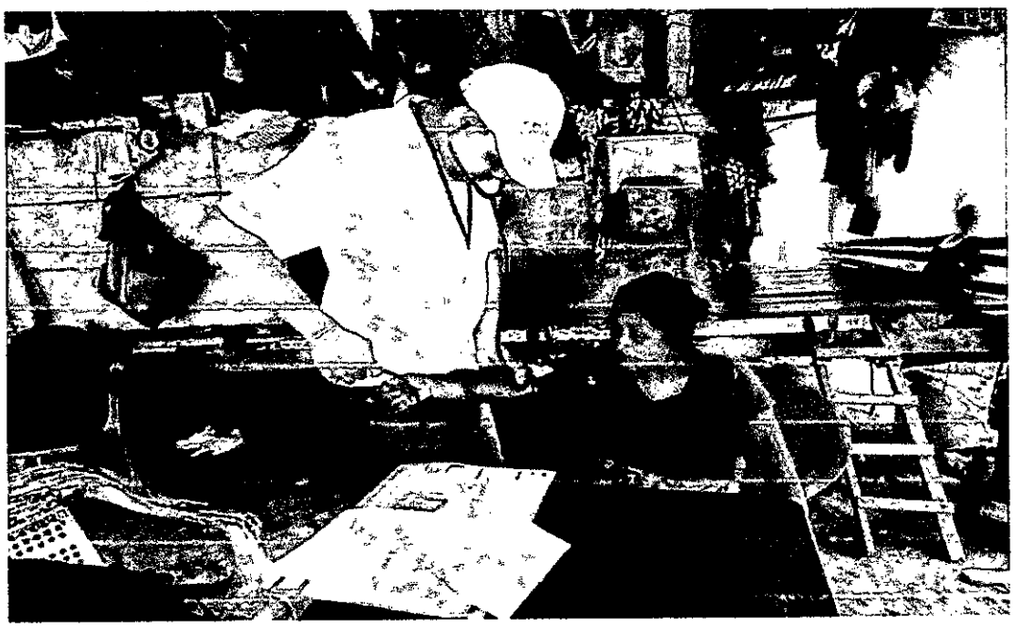
EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	19-AGOSTO-2025 4:00PM
Personas Intervenidas:	MARIA DOMICÓ DOMICÓ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 13- VISITA NUMERO 3



[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Carolina Pineda Chanci
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1192925485
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: B/lo esmeralda zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3244905793
f) EPS: Mutualser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

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

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 7/25 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado, Tecnicas del cepillado.
□ Recomendaciones, Cuidado de la boca y encia del bebé

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontologia cada 6 meses.
Seguir las recomendaciones para el cuidado de la boca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraldo Espinosa Firma: Heraldo Espinosa

Firma de la gestante: Liz Carolina Pineda

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	LIZ CAROLINA PINEDA CHANCI

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE 14 VISITA 3



HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 18/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Lis Carolina Pineda Otero.
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1192925935
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: Piamonte zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3294985793
f) EPS: Mutual Ser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 42
- Número de controles prenatales: 8
- Fecha de controles prentales: 15-01/25- 17-02-25- 17/03/25-17/04/25 - 16/05/25-16/06/25
- Signos vitales: 16/07/25

Presión arterial: 120 / 80 mmHg		o FC: 80 lpm	
Temperatura: 36 °C		o FR: 16 lpm	
AU: 35 cm	Peso: 59 kg	Talla: 162 cm	IMC: 21

	TD	Influenza	Dpta
FECHAS VACUNAS	X	X	X

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

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

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: se compromete asistir al Hospital si presenta algun signo de alarma
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de tener un buen Control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Brayan Moreno Firma: Brayan Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Liz Carolina Pineda

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

801

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	19-AGOSTO-2025 -6:30PM
Personas Intervenidas:	LIZ CAROLINA PINEDA CHANCI

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 14- VISITA NUMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 26-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yesenia Negrete Sierra.
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068218039
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: B1 Diamante. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3113340945.
f) EPS: Coosalud.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

o	ECHAS VACUNA	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 29.
- Recuento de placa bacteriana: 00 %
- Estado de higiene oral: ☒Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha.
- Edueación en salud oral brindada:
□ Tecnica y frecuencia del cepillado.
- Compromisos de la gestante: Uso diario de seda y enjuague bucal/ cepillado 3 veces al dia.

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Horacio Espinosa. Firma: Horacio Espinosa.
Firma de la gestante: Yesenia Negrete.
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	BARRIO LA ESMERALDA
Fecha:	26 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	YESENIA NEGRETE SIERRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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

GESTANTE 15 VISITA 3



Vpic | HOSPITAL SAN JOSE [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 19/08/25 Municipio: Tocaima Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yesenia Negrete Sierra
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068818039
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: Diamante zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3113390945
f) EPS: CAJA COP.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 37
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 11/03/25-14/04/25-15/05/25-16/06/25-18/07/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 110/80 mmHg		o FC: 80 lpm	
o Temperatura: 36 °C		o FR: 18 lpm	
o AU: 33 cm	Peso: 72 kg	Talla: 170 cm	IMC: 24

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Baja

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Se compromete asistir al Hospital si presenta algun signo de alarma
- EDUCACION BRINDADA La importancia de tener un buen Control prenatal

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

Nombre médico: Brayan Mena Firma: Brayan Mena

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Yesenia Ner

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

198

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	DIAMANTE
Fecha:	19 AGOSTO-2025 – 5:30PM
Personas Intervenidas:	YESENIA NERETE SIERRA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 15- VISITA NUMERO 3



RURAL

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 25-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yondica Herrera Berbar.
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1007548579.
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: _____
f) EPS: Capicopi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 8 Obturados 0 Perdidos 1 Sanos 22
- Recuento de placa bacteriana: 5 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 MES a partir de hoy
- Educación en salud oral brindada:
  ☐ Enseñanza sobre el cepillado, Tecnica del cepillado.
  ☐ Recomendaciones, cuidado de la boca y encia del bebe
- Compromisos de la gestante:
  Asistir a odontologia cada 6 meses.
  Seguir las recomendaciones dadas. para el cuidado de la boca y el bebe

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio C. Firma: Heraclio C.

Firma de la gestante: Yondica.

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

196

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

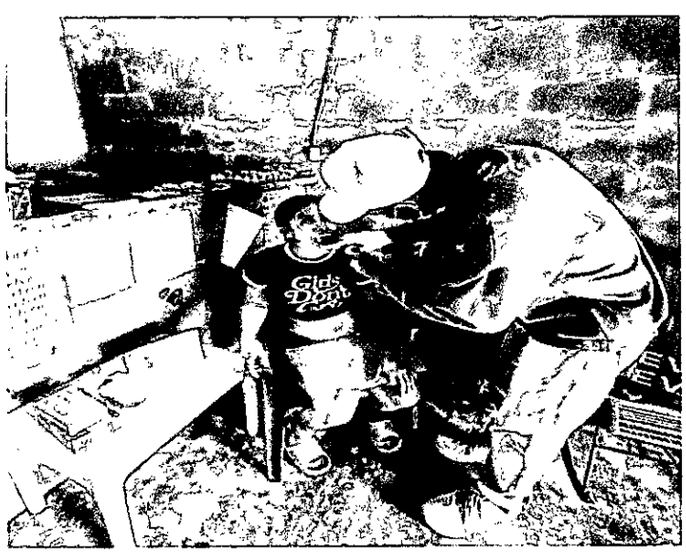
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	VEREDA PALMIRA
Fecha:	25 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	YUNEICA HERRERA BELTRAN

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

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

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yuneica Herrera Beltran
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1007548579
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: Corregimiento Pamira Zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3126520221
f) EPS: Caja COPI

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 24.3 Semanas
- Número de controles prenatales: 5 controles
- Fecha de controles prentales: 14/04/25 24/04/25 26/05/25 26/06/25 26/07/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 115 / 60 mmHg			o FC: 84 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o	AU: 25 cm	Peso: 57 kg	Talla: 1.59 cm	IMC: 20.2	

o

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	03/06/25	03/08/25	

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:

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

Servicio al que remite:	La Gestante no Amerita Remision
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Se deja el compromiso de ponerse la Vacuna DPta
- EDUCACION BRINDADA Seguir Acudiendo a cada cita y Seguir Consumiendo los Micronutrientes.

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

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

☐ _____
☐
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Ruiz P Firma: Valentina

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Yuneica Herrera

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

TERCERA VISITA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

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

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

GESTANTE NUMERO 1- VISITA NUMERO 3



1901

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 25-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3.)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marfelina del Carmen.
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1133869046.
c) Edad: 22. años
d) Dirección de residencia: Palmiron. zona (U) (R).
e) Teléfono de contacto: _____
f) EPS: N. Eps.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

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

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

o

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

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

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

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 8 Obturados 0 Perdidos 2 Sanos 22
- Recuento de placa bacteriana: 4 %
- Estado de higiene oral: ☒Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☒No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

☐ Enseñanza sobre el Cepillado, Tecnica del Cepillado.
☐ Recomendacion de cuidado de la boca y encia del bebe
- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontologia cada 6 meses.
Seguir las recomendación para el cuidado de la boca y el bebe

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio C. Firma: Horacio C.

Firma de la gestante: Marfelina.

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

100