	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Melissa del Pilar Ospina Palacios

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Mamografia.

LUGAR: Vereda Bojaca

DIRECCION: tres esquinas - el pozo

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos etnicos	
F					11					11
M					0					0
Total					11					11

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera, Tecnologo.

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUT: 31232

IDENTIFICACION: 53910435.

ACTIVIDADES REALIZADAS: Se identifican mujeres que les hace falta Realizarce la mamografia

FIRMA EJECUTOR: Melissa Ospina Palacios

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Melissa del pilar Cagua Palacios

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero - 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Respiratorios y Piel.

LUGAR: Vereda Bojaca

DIRECCION: tres esquinas - el pozo

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com

Nº ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos etnicos	
F			0	0	1					1
M			5	4	1					10
Total			5	4	2					11

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura.

CARGO: Enfermera Jefe.

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282 UBCA

IDENTIFICACION: 53910435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Se identifican personas con sintomas de gripa, enfermedades y con uso de oxigeno

FIRMA EJECUTOR: Melissa Cagua Palacios

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Melissa del. Pilar Cogua Palacios

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero - 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Mujeres en edad fertil

LUGAR: Vereda Bojaca.

DIRECCION: el pozo - tres esquinas

TELEFONO: 3123051691.

CORREO: olgasegura2612@gmail.com.

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	/	/	2	10	6	/	/	/	/	18
M	/	/	0	0	0	/	/	/	/	0
Total	/	/	2	10	6	/	/	/	/	18.

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura.

CARGO: Enfermera Jefe.

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera

IDENTIFICACION: C.C. 53910035

ACTIVIDADES REALIZADAS: Se identifican mujeres en edad fertil

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Melissa del pilar Ospina Palacios

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero - 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Cronograma.

LUGAR: Vereda Boyaca

DIRECCION: Tres esquinas - el Pozo

TELEFONO: 3123051691

CORREO: Olgasegura2612@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos etnicos	
F										
M										
Total										4

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura.

CARGO: Enfermera Jefe

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermero RUN 31252 UDCA

IDENTIFICACION: 53910435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Se realizan Cronogramas Semanales de todo el mes.

FIRMA EJECUTOR: Melissa Palacios

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

Buscar ubicación o coordenada de mapa
N
Avenida Carrera 9
Vía Chía - Cajica
Calle 35
Calle 29
Carrera 2 E
Calle 26
Calle 26
Calle 24
Calle 24
22
Vía Cajica - Chía
Diagonal 13
© Esri contributors

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Melissa del pilar Coqui Palacios

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero - 2026.

ACTIVIDAD REALIZADA: Georeferenciación

LUGAR: Vereda Boyaca

DIRECCION: el pozo - tres esquinas

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com.

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos etnicos	
F										
M										
Total										1

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura.

CARGO: Enfermera Jefe.

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RCN 77252

IDENTIFICACION: 53910435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Se realiza georeferenciación de las visitas realizadas en la vereda.

FIRMA EJECUTOR: Melissa del Pilar Coqui Palacios

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Melissa del Pilar Coqua Palacios

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026.

ACTIVIDAD REALIZADA: Ranion Pic.

LUGAR: CAM.

DIRECCION: Carrera 9 #11

TELEFONO: 3208313847

CORREO: Coordinadoraspicchia@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos etnicos	
F				3	54					57
M				1	2					3
Total				4	56					60

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maria paula carpintero

CARGO: Coordinadora Pic.

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1090925506

ACTIVIDADES REALIZADAS: Reunión

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Melissa del Pilar Vega Palacios

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026.

ACTIVIDAD REALIZADA: Reunión PIC.

LUGAR: CAM.

DIRECCION: Carrera 9 # 11

TELEFONO: 3208313847

CORREO: Coordinadorapicchia@gmail.com

Nº ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos etnicos	
F				2	24					26
M				0	0					0
Total				2	24					26

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maria Paula Carpintero

CARGO: Coordinadora PIC.

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1070925506.

ACTIVIDADES REALIZADAS: Reunion.

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Melissa del Pilar Ospina Palacios

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2 - 2026.

ACTIVIDAD REALIZADA: Capacitación

LUGAR: Colegio Bojaca.

DIRECCION: Vereda Bojaca el Pozo

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com.

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F				1	9					10
M				0	1					1
Total				1	10					11

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura N

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura

IDENTIFICACION: 53.010.405 CHÍA.

ACTIVIDADES REALIZADAS: Capacitación

FIRMA EJECUTOR: Melissa Ospina Palacios

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

REGISTRO DEMANDA INDUCIDA-CANALIZACIÓN-CARACTERIZACIÓN DE HOGARES / AUXILIARES

CÓDIGO: H-GAMB-C-F-013

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA NIVEL

VERSIÓN: 1

RESPONSABLE: Nelly Constanza Hoyos B. | BARRIO, VEREDA Y/O SECTOR: Bojacá 1 El Pozo

Fondo consentimiento a los dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y sus demás disposiciones generales para la protección de datos personales y de conformidad con la señalado en el Decreto 1377 de 2013, autorizo al diligenciamiento de este formulario AUTORIZO al Hospital San Antonio de Chía, para que utilice mis datos personales, incluido este imagenes y así mismo, que la suministrado para documentar los actividades desarrolladas y hacer el correspondiente evaluación de datos. Así mismo, manifiesto que he sido informado por de Protección de Datos Personales por el Hospital San Antonio de Chía

NO	FECHA VISITA DD/MM/AAAA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CÓDIGO DE CASA	EDAD (EN AÑOS)	DIRECCION	NÚMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	3 Feb	Ricardo Osorio Prieto	CC	80397184	1	61	Cl 35	3016344413	
2	3 Feb	Eva Julia Prieto	CC	41321060	1	81	Cl 35	3123047703	Eva Julia Prieto
3	3 Feb	Dayra Cortes	PPT	4962562	2	32	Cl 35 con 7	3246259377	
4	3 Feb	Adriana Valentina Olarte Cortes	RC	1070995688	2	6	9 con 35	3246259377	A
5	3 Feb	Juliet Isabela Olarte Cortes	RC	1070997654	2	1	9 con 35	3246259377	A
6	3 Feb	Blanca Cardozo	Cedula	39843717	3	56	35	3009818713	
7	3 Feb	Anthony Yesid (Cortes) Hernandez	Cedula	1032742425	3	31	Cl 35	3009818713	
8	3 Feb	Esthefan Gabriel Sanchez Hernandez	Registro Civil	1049401902	3	1	Cl 35	3009818713	
9	3 Feb	Luz Esther Gonzalez	Cedula	1805[illegible]	4	53	Cl 35	3014650394	
10	3 Feb	Liz Valentina Ocampo	Reg. Civil	779	4	2	Cl 35	3014650394	A
11	3 Feb	Gina Marcela Vargas Pachon	Cedula	1192389876	5	27	Cl 35	3205755397	
12	3 Feb	Delia Andrea Vargas Pachon	Tarjeta de identidad	1124413577	5	10	Cl 35	3205755397	A
13	3 Feb	Yeider de Jesus Abril Vargas	Tarjeta de identidad	1124410526	5	12	Cl 35	3205755397	
14	3 Feb	Olga Ramona Mendoza	PPT	5320075	6	49	Cl 35	3217189861	
15	3 Feb	Angel Gabriel Flores	PPT	65[illegible]12	6	11	Cl 35	3217189861	A
16									
17									

Scanned with CamScanner

		Nelly Corral Acosta					BAJACA 1 EL POZO			
1	4 Feb	Diana Carolina Cortez Gazdez	CC	1072658235	7	35	Pozo	3043903230	Diana C. Cortez G.
2	4 Feb	Judy Carolina Pineda Cortes	PC	1072623733	7	51	Pozo	3043903230	Judy Carolina C. P.
3	4 Feb	Lizmar Alejandra Fajardo	CV	31646	8	20	Pozo	3133303725	Lizmar
4	4 Feb	Lisandro Borda	CC	2997783	9	35	Pozo	3114982222	Lisandro Borda
5	4 Feb	Jenifer Daniz Linares	PC	1003192731	10	22	Pozo	3043596171	Jenifer
6	4 Feb	Edzaleth Santander Arias	PC	1063912737	10	2	Pozo	3043796171	Jenifer
7	4 Feb	Lina Marcela Arias Jaimes	PC	1003196624	11	28	Pozo	3125191870	Lina
8	4 Feb	Erick Nicolas Paz Arias	TI	1021315814	11	6	POZO	3125191870	Lina
9	4 Feb	Kevin David Orozco	PC	1065137137	12	27	Pozo	3007982269	
10	4 Feb	Sandra Patricia Bizon	PC	39744196	13	45	Pozo	3149613991	Sandra P. Cuevas
11	4 Feb	Elmer Melo Burbano	PC	5753194	14	56	Pozo	3212130614	Elmer Melo B.
12	4 Feb	Jennifer Santander	PPT	5962201	15	37	Pozo	3219857807	Jennifer. S.
13	4 Feb	Edixon Gutierrez	PPT	5966271	15	32	Pozo	3219857807	Edixon. G.
14	4 Feb	Yoma Alejandra Gutierrez	PPT	59462551	15	17	Pozo	3219897807	Yoma Alejandra G.
15	4 Feb	Edixon Gutierrez	PPT	59461041	15	15	Pozo	3219857807	Edixon
16	4 Feb	Edwanis Gutierrez	PPT	59463791	15	13	POZO	3219857807	Edwanis
17									

Scanned with CamScanner

		Nelly Conrad L.			EL POZO		BOYACA 1			
No.	FECHA PRUEBA	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	EDICION	NUMERO	EDAD	GRADO	DIRECCION	NUMERO TELEFONO	FIRMA	
1	5Feb	Carolina Vanta Reyes	CE	1072653316	16	35	Pozo	3124045916	Yeidi Reyes	
2	5Feb	Eliana José Bonilla Varela	TI	1126762222	16	7	Pozo	3124045916	Yeidi Reyes	
3	5Feb	Yiseth Yulieth Lobo	CE	503999194	17	57	Boyacá	3219865916	Miguel Mora	
4	5Feb	Yuranis Lopez Becerra	CE	354958681	18	50	Boyacá	3119941001	Yuranis Lopez	
5	5Feb	Adriana Maria Peña Bakshi	CE	351992571	17	45	Boyacá	3244410124	Adriana	
6	6Feb	Handy Navarro Laguna	CE	1006895486	19	25	Boyacá	3008084021	Handy Navarro	
7	6Feb	Lian David Navarro Laguna	RC	1072682978	19	7mo	Boyacá	3203479064 whatsapp		10
8	6Feb	Juan Luis Navarro Laguna	RC	1072677160	19	6	Boyacá	3008084021		11
9	6Feb	Gisell Navarro Laguna	R.C.	1121561737	19	4	Boyacá	3008084021		12
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										

Scanned with CamScanner

REGISTRO DEMANDA INDUCIDA-CANALIZACIÓN-CARACTERIZACIÓN DE HOGARES AUXILIARES											CÓDIGO: M-GAMB-CA-F-011
E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA											VERSIÓN: 1
RESPONSABLE	Nelly Coneo A				BARRIO- VEREDA Y ID SECTOR				Bajoc 1		

Dando cumplimiento a la disposición de la Ley 1581 de 2012 que señala la Áreas disposiciones generales para la protección de datos personales y de conformidad con la solicitud de la solicitud de el Decreto 1377 de 2013, con el objeto principal de esta Solicitud es AUTORIZO [illegible] del Hospital San Antonio de Chía, para que realice este tipo de tratamiento, incluido sus colaboradores y en caso, que le corresponda para documentar las actividades desarrolladas y hacer el acompañamiento en cuanto a datos. Así mismo, manifiesto que he sido informado por la Promotora de Diario Personal por la empresa San Antonio de Chía

NO	FECHA VISITA DD/MM/AAAA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (CC/TI/CE/PPT)	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CÓDIGO DE CASA	EDAD EN AÑOS	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	10/2/25	Ana Yesica Camacho Acosta	CC	1053040901	20	34	Cra 1 Este 3036	3213289586	Ana Camacho
2	10/2/25	Felipe Gael Redondo Camacho	RC	1072683527	20	1	Cra 1 Este 3036	3213289586	Ana Camacho
3	10/2/25	Nelly Mar Bella Rincon Gonzalez	PPT	6837477	20	11	Cra 1 Este 3036	3213289586	Ana Camacho
4	10/2/25	Jesus David Gonzalez Gonzalez	PPT	6837422	20	9	Cra 1 Este 3036	3213289586	Ana Camacho
5	10/2/25	Josefa Lucia Rozo	CC	20047880	21	98	[illegible]	3112794441	Lucia Rozo
6	10/2/25	Ana Adela Cipriano	CC	20669800	21	68	[illegible]	3112794441	[illegible]
7	10/2/25	Leonardo Bustamante Flores	CC	7193846	22	52	[illegible]	3169307241	[illegible]
8	10/2/25	Thomas Cabrera	CC	1072467370	23	32	Cra 6 [illegible]	3011425591	[illegible]
9	10/2/25	José Cabrera Franco	CC	3700221031	23	54	3 Este [illegible]	3213841396	José Cabrera F
10	10/2/25	Elinor Lorena Carrizi	PPT	5467604	24	32	Cra 1A 35-43	3245449042	Elinor Carrizi
11	10/2/25	Eduardo Hurtado Carrizi	PPT	5138548	24	15	Cra 1 A 3543	3245449042	Eduardo
12	10/2/25	Susej Sophi Hurtado Carrizi	PPT	5146185	24	13	Cra 1A 3543	3245449042	Susej
13	10/2/25	Sebastian Samuel Hurtado Carrizi	PPT	5658831	24	7	Cra 1A 3543	3245449042	Elinor Carrizi
14									
15									
16									
17									

Scanned with CamScanner

RESPONSABLE	Nelly Cowell									
Nº	FECHA VISITA DOMICILIARIA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CÓDIGO DE CASA	EDAD	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO		
1	11/feb/26	Sandra Milena Nieto Cruz	RC	1077255716	25	17	Cl 7 #20	3209026536	Sandra milena nieto	
2	11/feb/26	Nicol Dayan Zamora Nieto	TI	1070911333	25	9	Cl 7 #20	3209025536	Sandra Milena nieto	
3	11/feb/26	Brayan Alejandro Zamora Nieto	TI	1077991110	25	9	Cl 7 #20	3209025536	Sandra milena nieto	
4	11/feb/26	Yolanda Muñoz Bernal	CC	28601115	25	75	Cl 7 #20	3209025536	Sandra milena N	
5	11/feb/26	Luz Angela Cruz Pinilla	CC	30401496	26	43	Cl 7 #20	3206614788	Luz Angela P	
6	11/feb/26	Juan David Zambrano Cruz	TI	1106893932	26	13	Cl 7 #20	3206614788	Luz Angela P	
7	11/feb/26	Heidy Julian Zambrano	TI	1067893310	26	16	Cl 7 #20	3206614788	Luz Angela P	
8	11/feb/26	Hemilly Alejandra Zambrano	TI	1073453611	26	17	Cl 7 #20	3206614788	Luz Angela P	
9	11/feb/26	Juan Esteban Socha Cruz	CC	1012699339	26	3	Cl 7 #20	3206614788	Luz Angela P	
10	11/feb/26	Yisely Gonzalez Lopez	CC	1006530	27	22	Cl 3 #18	3245066	Yisely Gonzalez	
11	11/feb/26	Brisha Estefania Cala Gonzalez	RC	1339283	27	23	Cl 3 #18	3245066	Yisely Gonzalez	
12	11/feb/26	Yoicy Maicol Lopez	PPT	6703112	28	2	Cr 1 #3564	3237106	Yoicy Lopez	
13	11/feb/26	Templis Diaz Rojas	CC	1818429	28	2	Cr 1 #3564	3215291	Templis Diaz	
14	11/feb/26	Yhoiferker Damian Cabrera	PPT	7500189	29	1	Cll 7 #20	3118195		
15										
16										
17										

5

REGISTRO DEMANDA INDUCIDA-CANALIZACIÓN-CARACTERIZACIÓN DE HOGARES / AUXILIARES

CÓDIGO: M-GAMB-Ca-F-002

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL

VERSIÓN: 1

RESPONSABLE: NELLY CORREAL

BARRIO-VEREDA Y/O SECTOR: BOJACA 1

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 [por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales] y de conformidad con la solicitud de el Decreto 1377 de 2013, usted el/la representante de esta Asociación AUTORIZO al Hospital San Antonio de Chía, para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he suministrado para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente seguimiento de datos. Así mismo, doy fe que he sido informado por la Promotora de Salud Permanente por el Hospital San Antonio de Chía

NO	FECHA VISITA DOMICILIARIA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN AUTORIZADA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CÓDIGO DE CASA	EDAD EN AÑOS	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	12-02-26	Shirk Valentina Arroyave	CC	1072639139	30	22	3 esquinas	3006402039	Valentina A
2	12-02-26	Edwin Kaleth Orozco Alzate	CC	1083086207	31	36	3 esquinas	3160532543	Edwin Orozco
3	12-02-26	Wilder Stiven Orozco Alzate	CC	1072670718	32	39	3 esquinas	3124244511	WILDER
4	12-02-26	Javier Huertas	PPT	6463241	33	29	3 esquinas	3194437254	Javier Huertas
5	12-02-26	Oscar Javier Bustos Muñoz	CC	79686054	34	51	3 esquinas	3193373254	Oscar J. Bustos M.
6	12-02-26	Yaneth Del Carmen Cely Ruiles	CC	1069485553	35	35	Cll 35 #16-47	3212850137	YANETH CELY
7	12-02-26	Emma Lopez Cely	TI	1025330247	35	7	Cll 35 #16-47	3212850137	YANETH CELY
8	13-Feb	Lonsley Hernando Ruiz	CC	1010186510	36	36	Cra 33 #46	3001793	Nataly
9	13-Feb	Stefan Jacobo Ocalle Hernandez	RC	1072677343	36	6	Cra 31 #46	3001779333	Nataly
10	13-Feb	Yerald Santiago Ocalle Hernandez	TI	1072190004	36	9	Cra 33 #46	3001779337	Nataly
11	13-Feb	Dilan Sebastian Ocalle Hernandez	T.I.	1206719439	36	11	Cra 33 #46	3001779334	Nataly
12	13-Feb	Sandra Milena Huertas	CC	35198461	37	43	Cll 53 #20	3212507023	Sandra Huertas
13	13-Feb	Jaime Antonio Ortiz	CC	11203698	37	44	Cll 53 #20	3212507023	Sandra Huertas
14	13-Feb	Camilo Andres Ortiz	CC	1072695571	37	17	Cll 53 #20	3212507023	Sandra Huertas
15	13-Feb	Luis Alejandro Ortiz	CC	1003674561	37	24	Cll 53 #20	3212507023	Sandra Huertas
16	13-Feb	Rosa Elvira Yoez	CC	52389209	38	59	Cll 5 02	3125714337	
17	13-Feb	Edith Peñaloza	CC	39747680	38	44	Cll 5 02	3041102397	Edith Peña

Scanned with CamScanner

REGISTRO DEMANDA INDUCIDA CANALIZACIÓN-CARACTERIZACIÓN DE HOGARES / AUXILIARES

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL

CÓDIGO: H-GAMB-CA-F-017

VERSIÓN: 2

RESPONSABLE: Nelly Gomez

BARRIO, VEREDA Y/O SECTOR: Bojaca I

Diseño cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 [illegible] en el marco de la gestión para la promoción de datos personales y de confidencialidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, este el diligenciamiento de esta herramienta AUTORIZO el Hospital San Antonio de Chía, para que realice mis datos personales, incluido mis imágenes y videos, que he suministrado para documentar las actividades desarrolladas, y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Así mismo, manifiesto que he sido informado por la Prestadora de Datos Personales por el Hospital San Antonio de Chía

NO	FECHA VISITA DOMICILIARIA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (CC/TI/CE)	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CÓDIGO DE CASA	EDAD EN AÑOS	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	13-2-26	Martha Lucia Olarte Gomez	CC	37841314	39	53	Cl 31 13-	3123627110	Martha Lucia Olarte G.
2	13-2	Yoselin Jennifer Olarte Gomez			39				Yoselin Jennifer Olarte G.
3	13-2	Ana Elena Gonzalez Forero	CC	39765954	40	58	Cl 31 9-22	3138268143	
4	13-2	Yaqueline Ruiz Prieto	CC	52153979	50	41	Cra 25 #[illegible]	3102975849	Yaqueline Ruiz
5	16-2	Laura Dayan Moreno	CC	1072673088	42	[illegible]	Cl 31 1-[illegible]	3197111062	
6	16-2	Yennifer Lizeth Ochoa Huertas	CC	1011058243	43	20	Cl 31 9-[illegible]	3228610004	Yennifer Ochoa
7	16-2	Miguel Antonio Buitrago	CC	1002525452	44	22	Cl 31 13-61	3227500423	Miguel Buitrago.
8	16-2	Fernanda Cerón	CC	1077410345	45	32	Cra 3 #[illegible]	3103852159	Fernanda Ceron
9	16-2	Nicolas Rodriguez	CC.	1003852403	46	23	Cra 2 #[illegible] Bcs4	3212546410	
10	16-2	Nora Ramirez Ortiz	CC	35423816	47	45	Cl 31 0-35	3118888703	Nohora Ramirez Ortiz
11	16-2	Yolanda Perez Mendez	CC	51755095	48	60	Cl 31 7-12	3142978620	Yolanda Perez
12	16-2	Pedro Arturo Gonzalez	CC	963[illegible]814	49	51	Cl 31, 20	3133026[illegible]	
13	16-2	Ana Cristina Vargas	CC	52621412	49	53	Cl 31, 26	3133026[illegible]	Cristina Vargas
14									
15									
16									
17									

7

Scanned with CamScanner

REGISTRO DEMANDA INDUCIDA CANALIZACIÓN CARACTERIZACIÓN DE HOGARES / AUXILIARES

CÓDIGO: M-GAMB-CA-F-012

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ULLOA ENVIGADO

VERSIÓN: 1

RESPONSABLE: Vally Correa Acosta

BARRIO VEREDA Y/O SECTOR: Bolaco 1

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 que dicta disposiciones generales para la protección de datos personales y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, como el Hospital San Antonio de Ulloa, para que utilice sus datos personales, incluyendo sus imágenes y así vela que la manipulación para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de sus datos. Así mismo, manifiesta que fue sido informado por de Protección de Datos Personales por el Hospital San Antonio de Ulloa

NO	FECHA VISITA DOMICILIARIA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN ACTUALIZAR	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CÓDIGO DE CASA	EDAD EN AÑOS	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	07/02/2022	Manuel Jose Rodriguez	CC	5246727		46	Cll 30 Hbo 21	3238136103	
2	17/2	Luz Elena Perez	CC	20491328	50	64	Cll 31 0 15	3156039951	
3	17/2	Johan Sebastian Rodriguez Garcia	CC	1017265424	51	18	Cll 31 0 15	3123271144	
4	17/2	Idaly Rojas	CC	51766007	52	61	Cll 30 3-24	3164276186	Idaly Rojas
5	17/2	Monica Bibiana Holguin Rocabado	CC	52433359	52	50	Cll 31-24	3025153727	Monica Holguin
6	17/2	Oscar Julian Gonzalez Rodriguez	CC	1001200315	53	23	Cra 2	3138085320	Julian Gonzalez
7	17/2	Elvira Alejandra Correa	CC	1014657322	53	21	Cra 2	3138085320	Alejandra Correa
8	17/2	Esperanza Torres Ramirez	CC	52262648	53	52	Cra 3 Esq 2	2353711	Esperanza Torres
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA
NIT. 899.999.156-1



Propietario:
diegonossa salud aps
Creado: 23/09/24 10:57 A. M.
Modificado: 14/12/25 11:02 P. M.

This template includes all XLSForm features supported in ArcGIS Survey123.



Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Comet Arest.

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026.

ACTIVIDAD REALIZADA: Caracterizacion y Seguimientos SI 1

LUGAR: Vereda Bojaca.

DIRECCION: Tres esquinas - el 220

TELEFONO: 3123051691

CORREO: Olgaseguro2612@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	5	6	6	15	25	7				64
M	3	9	3	6	15	2				38
Total	8	15	9	21	40	9				102

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura.

CARGO: Enfermera.

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282

IDENTIFICACION: 53010435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Visitas de caracterizacion familiar y seguimientos del microterritorio.

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Comet Diaz

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: 5 visitas Diarias 2

LUGAR: Vereda Bojaca 1

DIRECCION: Los Aguinos - El pozo

TELEFONO: 3123051691

CORREO: djosegura268@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	5	6	6	15	25	7				64
M	3	9	3	6	15	2				38
Total	8	15	9	21	40	9				102

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera.

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera SUN 21282

IDENTIFICACION: 53 040 435

ACTIVIDADES REALIZADAS: 5 visitas diarias, identificando factores de riesgo

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Constanza P.

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2016

ACTIVIDAD REALIZADA: Casos Prioritarios 3

LUGAR: Verde Bajo 1

DIRECCION: Tres esquinas - el pozo.

TELEFONO: 312 305 1691

CORREO: olgasegura612@gmail.com.

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	2	0	1	2	1	/	/	/	/	6
M	0	1	1	1	1	/	/	/	/	4
Total	2	1	2	3	2	/	/	/	/	10

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura.

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31252 UDCA

IDENTIFICACION: 53 910 435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Reporte casos clasificados como riesgo medio y alto a la profesional

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Cobreal Hospital

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Ficha AIEPI y

LUGAR: Vereda Bojacá

DIRECCION: Tres esquinas - El pozo

TELEFONO: 312 305 1691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	5	6								11
M	3	9								12
Total	8	15								23

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282 UDCM

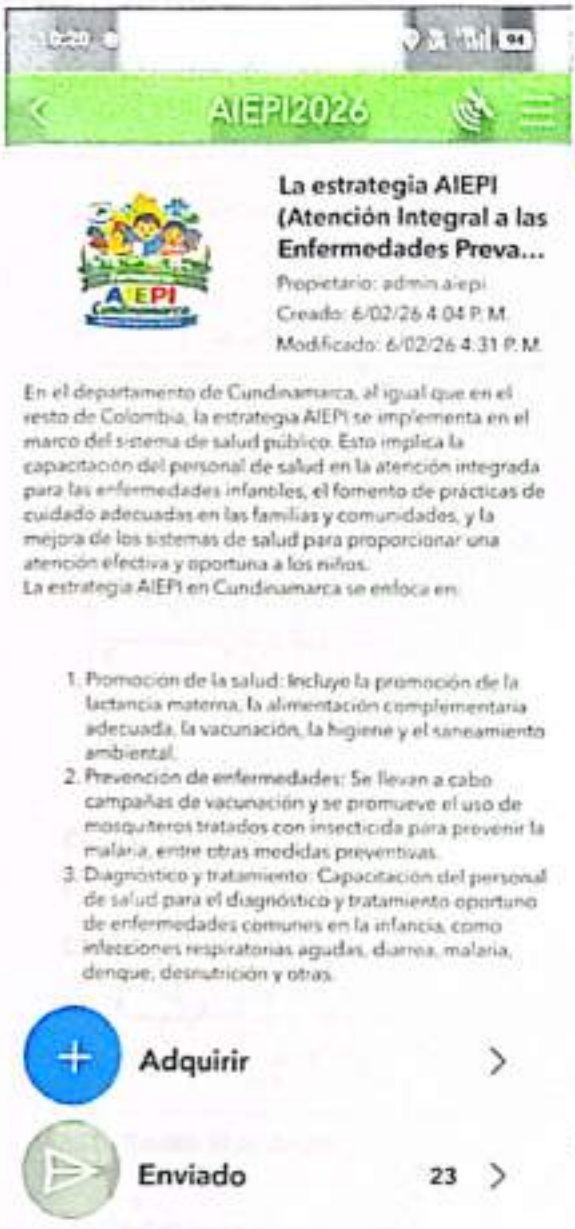
IDENTIFICACION: 52 010 435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Valoracion y detección temprana de riesgos a niños del municipio ficha AIEPI

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Correa D.

FECHA DE LA ACTIVIDAD: 20 Feb / 2025

ACTIVIDAD REALIZADA: Brigada Salud S

LUGAR: Empresa Quiyz. S.A.S.

DIRECCION: Cra 4 Este / 23-62

TELEFONO: 3143475073

CORREO: Isocup2900@castbel.com

Nº ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F				4	41					45
M				4	7					11
Total				8	48					56

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Yessica Paola Santos

CARGO: Jefe SST.

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1121884961

ACTIVIDADES REALIZADAS: Brigada Salud, toma Signos vitales

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA
NIT. 899.999.156-1

REGRISTRO FOTOGRAFICO
(BRIGADAS)



Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Conal Frost.

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: PAI 6-16

LUGAR: Vereda Bojoca.

DIRECCION: 3 Esquinas y El pozo

TELEFONO: 3142935654

CORREO: Vacunacionpaipic@gmail.com.

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	4	0	2	1	1					8
M	2	3	0	0	0					5
Total	6	3	2	1	1					13

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Yuly Elvira Ramirez Pineda

CARGO: Lider PAI

FIRMA: Yuly R

IDENTIFICACION: 1072644556

ACTIVIDADES REALIZADAS: Aplicacion Vacunacion para 2 a 18 años de Toma los esquemas y de Toda Aplica

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Marcela Segura

FECHA DE LA ACTIVIDAD: febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Orientacion y Educacion Gestantes H

LUGAR: Vereda Rozas

DIRECCION: AP620-3 Esquinas

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F				1	1					2
M				0	0					0
Total				1	1					2

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282

IDENTIFICACION: 1053 910 435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Orientacion y educación entorno hogar y gestantes del microterritorio.

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Cortes Forero

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Seguimiento Gestantes 18

LUGAR: Vereda Bajo

DIRECCION: 3 esquinas - El Pozo

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura918@gmail.com

Nº ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F				1	1					2
M				0	0					0
Total				1	1					2

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282

IDENTIFICACION: 53095435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Seguimiento gestantes por vereda

estado de salud y evolucion de la gestacion

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN ACTA DE REUNION - PIC	Código: M-GAMB-PYD-F-009
Cuidados por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROCESO: Gestion Salud

DEPENDENCIA: Grupo PIC.

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Nelly Bonilla Hoste.

NATURALEZA DE LA REUNIÓN: Seguimiento Gestante

- ☐ Consejo
- ☐ Comité
- ☐ Reunión
- ☒ Otro Ref Gestante. Seguimiento.

ACTA N°	1	FECHA	6 Feb/2025	
LUGAR	El Pozo			
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	Luz Acosta Vargas	1003196624	Gestante.	—
	Nelly Bonilla H	52071139	Aux Enfermería	
INVITADOS				

1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN

Realizar seguimiento y verificar controles medicos a gestante.

2. ORDEN DEL DÍA

1. Se realiza visita de seguimiento a la gestante. se verifica que esta asistiendo a controles e inicio procesos regenerados

Tension Arterial 100/75

Frecuencia Cardiaca 98.

Saturacion 91

Scanned with CamScanner

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Abdomen Medido 90 cm.
Peso 64 Talla 160
14 Semanas de gestación, se encuentra bien condiciones generales, se canaliza por psicología, enfermería y medicina
Además se canaliza para dar inicio a vacunación

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

Se realiza nueva visita de seguimiento en el mes de Marzo

5. ANEXOS

Fotografía y lista.

6. COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO

FIRMAS

. Lleva acta juntas

Scanned with CamScanner

	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN ACTA DE REUNION - PIC	Código: M-GAMB-PYD-F-009
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROCESO: Gestion Salud

DEPENDENCIA: Grupo PyC

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Kelly Corral

NATURALEZA DE LA REUNIÓN: Seguimiento Gestante

- ☐ Consejo
- ☐ Comité
- ☐ Reunión
- ☒ Otro Seguimiento Gestante Alto Riesgo

ACTA N°		FECHA	Febrero / 2025	
LUGAR	Bajoc 1			
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	Yoneisy Hernandez	1010186510	Gestante 95	
	Kelly Corral	52025139	Aux Enfer	
INVITADOS				

1. OBJETIVO DE LA REUNIÒN

Seguimiento Gestante Alto Riesgo

2. ORDEN DEL DÍA

1. Se visita 2 / 2 Gestante por segunda vez y se le dan Recomendaciones de signos de Alarma

Scanned with CamScanner

	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN ACTA DE REUNION - PIC	Código: M-GAMB-PYD-F-009
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Se toman signos vitales, y se educa en signos v. b x y de Dengue?
TA 120/80
FR 95.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÒN

Se hara una proxima visita Seguimiento

5. ANEXOS

6. COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO

FIRMAS

Norsley Hernandez Ruiz

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Constanza Forero

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Seguimiento Gestante 19

LUGAR: 3 Esquinas

DIRECCION: Vereda Bojaca

TELEFONO: 3123056191

CORREO: olgasegura2618@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F					1					1
M					0					0
Total					1					1

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282 UDCA

IDENTIFICACION: CC 9103435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Seguimiento programado para verificar condiciones de salud de ella y el recien nacido

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN ACTA DE REUNION - PIC	Código: M-GAMB-PYD-F-009
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROCESO: Gestion Salud

DEPENDENCIA: Grupo P.I.C.

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Nelly Corez Prost

NATURALEZA DE LA REUNIÓN: Seguimiento Puerpera

- ☐ Consejo
- ☐ Comité
- ☐ Reunión
- ☒ Otro Seguimiento Puerperio.

ACTA N°		FECHA	12 Feb / 2026.	
LUGAR	BAJACA I			
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	Ana Yesica Camacho	1053009001	Puerpera	
	Nelly Corez	52015139	Aux Enfermeria.	
INVITADOS				

1. OBJETIVO DE LA REUNIÒN

Seguimiento Puerpera

2. ORDEN DEL DÍA

1. Ana Camacho Educacion y Seguimiento en signos de Alarma

Scanned with CamScanner

	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN ACTA DE REUNION - PIC	Código: M-GAMB-PYD-F-009
Cuidados por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Toma Signos vitales, Educación en promoción y prevención, y Educación en cuidado Bebé Recien nacido

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÒN

Se realizara nuevo Seguimiento

5. ANEXOS

Acta y Fotografia

6. COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO

FIRMAS

Ana Camacho

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Comas Frasto.

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Campaña Control Odontologico 20

LUGAR: Verde Bajo 1

DIRECCION: 3 esquinas - El pozo.

TELEFONO: 3123056191

CORREO: olgasegura2612@gmail.com.

Nº ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F			5	5	5					15
M			5	5	5					15
Total			10	10	10					30

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282 UDCA

IDENTIFICACIÓN: 53 910 435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Capacitacion entorno hogar personas

Pacientes control odontologico y/o riesgos sld oral

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Constanza

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Bacterias Tamizaje Agudeza Visual 21

LUGAR: Verde Bajo

DIRECCION: 3 esquinas - El pozo

TELEFONO: 3123056191

CORREO: olgamarcelasegura2619@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F			7	8	3					18
M			5	7	3					15
Total			12	15	6					33

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermero RUN 31282 UDCA

IDENTIFICACION: 53710435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Capacitación entorno hogar personas con tamizaje pendiente agudeza visual y riesgo soledad

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Conrad Frost.

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Vacunacion Adultos 27

LUGAR: Verde Bajo

DIRECCION: 3 esquinas - El pozo

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F					12					12
M					10					10
Total					22					22

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282

IDENTIFICACION: 53010435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Vacunacion adultos para medicina Adultos, concientizacion importancia de asistir.

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Cuidar por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Cenet Prieto

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2016

ACTIVIDAD REALIZADA: Capacitación Ordeno Jovenes 23

LUGAR: Hacienda Zapata 1

DIRECCION: 3 esquinas - El pozo.

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com.

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F				10						10
M				5						5
Total				15						15

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera TUN 31283

IDENTIFICACION: 53 [illegible] 435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Capacitacion a jovenes que tienen predial

Consumo medio y concientizacion importancia.

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Conrad Acosta

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Canalización y Vacunación

LUGAR: Vereda Bojacá

DIRECCION: 3 esquinas - El pozo

TELEFONO: 312 305 1691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos Etnicos	
F			5	5	3					13
M			3	5	3					11
Total			8	10	6					24

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282 UDCA

IDENTIFICACION: 53 910435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Canalización para sangría edad! Gestión con método de Seldinger. Sonrisa 12200

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Parra Acosta

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Canalización Citología 25

LUGAR: Vereda Bojaca 1

DIRECCION: El Pozo - 3 Esquinas

TELEFONO: 3142305691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F			2	9	7					18
M			0	0	0					
Total			2	9	7					18

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282

IDENTIFICACION: 63 948 435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Canalizar mujeres con lesiones Sistol

Sensibilizar y concientizar sobre importancia Examen

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Lucia Hoyos

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Caracterización Exequia Clínica de Ulcera 26

LUGAR: Varela Bajo

DIRECCION: El Rio - 3 esquinas

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2618@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F			3	7	5					15
M			0	0	0					0
Total			3	7	5					15

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Varela Segura.

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282 UDCA

IDENTIFICACION: 39710435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Identificación y caracterización usuarios que requieren exequia clínica ulcera

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Kelly Conrad Frost P.

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Socialización Ultrasonografía 2

LUGAR: Vereda Bojacá 1

DIRECCION: El Pozo - 3 Esquinas

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com.

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F					9	4				13
M					0	0				0
Total					9	4				13

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera P.O.

FIRMA:

Olga Marcela Segura
Enfermera
RUN 31282
UDCA

IDENTIFICACION: 53910435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Asesoría mujeres mayores 50 años

por medios magnéticos socialización

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Cano Acosta.

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Capacitacion Sintomaticos Resp y/o Respiratorios

LUGAR: Vereda Bojaca

DIRECCION: El Pozo - 3 esquinas

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2612@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F				3	3	1				7
M				2	2	0				4
Total				5	5	1				11

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura.

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31282 UDCA

IDENTIFICACION: 53910435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Identificación y capacitación personas con síntomas cutaneos y/o respiratorios microbianos

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Cora Frost

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Mujeres Edad Fertil

LUGAR: Verde Bajo

DIRECCION: El Pozo - 3 Esquinas

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegue2612@gmail.com

Nº ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	6 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos etnicos	
F			5	5	3					13
M			0	0	0					0
Total			5	5	3					13

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 51282 UDCA

IDENTIFICACIÓN: 53 910 435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Realizacion mujeres edad fertil sin metodo de planificacion

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Constanza Rios B.

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Cronograma 30

LUGAR: Vereda Bojaca.

DIRECCION: El Pozo 2-3 Esquinas

TELEFONO: 3123051691

CORREO: olgasegura2012@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F										
M										
Total										4

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera Rute 31282 UDCA

IDENTIFICACION: 53 910 435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Cronograma Semanal

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-P-FO-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Marcela Vesga

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Socialización. 31.

LUGAR: Unidad Bajo 1

DIRECCION: Piso - 3 Esquinas

TELEFONO: 3123051691

CORREO: Olgasegura912@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F										
M										
Total										1

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura Enfermera RUN 31283 UDCA

IDENTIFICACION: 53910435

ACTIVIDADES REALIZADAS: Actividad realizada por. Parte de capacitación según 1° Ramos P.I.C.

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner


Enviado
Buscar ubicación o coordenada de m...
Municipio: Chía
Dirección: Calle 3...
Municipio: Chía
Dirección: Carrer...
Municipio: Chía
Dirección: Calle 8...
Municipio: Chía
Dirección: Calle 3...
Municipio: Chía
Dirección: Castro...
Municipio: Chía
Dirección: Calle 3...
Calle 31
Calle 33
Calle 29
Calle 26
UDEC
© Esri contributors

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Wilfy Coral Forero

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Reunion-S PIC 32

LUGAR: Hospital Chia

DIRECCION: CDR - Secretaria Salud

TELEFONO: 3208313847

CORREO: Coordradrapicchia@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F				3	54					57
M				1	2					3
Total				4	56					60

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maria Paula Lopntro Diaz

CARGO: Coordinadora

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1070925106

ACTIVIDADES REALIZADAS: Asistencia reunion PIC

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA
NIT. 899.999.156-1

REGRISTRO FOTOGRAFICO
(REUNION PIC)



Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Cuidar por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Wally Cenaf Prieto

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Actividad Adicional

ACTIVIDAD REALIZADA: 2do Reunion Secretaria Salud 33

LUGAR: Consultorio CHIA

DIRECCION: CAM - Secretaria Salud

TELEFONO: 3208313847

CORREO: Coordinadorspicch.egmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F				2	24					26
M				0	0					0
Total				2	24					26

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maria Paula Cabrera

CARGO: Coordinador.

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1032421505

ACTIVIDADES REALIZADAS: Segunda reunión despues de dos cargue Forms

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA
NIT. 899.999.156-1

REGRISTRO FOTOGRAFICO
(CAPACITACION PIC)



Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Nelly Romero Ross

FECHA DE LA ACTIVIDAD: 2 de Febrero 2025.

ACTIVIDAD REALIZADA: CAPACITACIÓN

LUGAR: Colegio Bayco

DIRECCION: Bayco

TELEFONO: 3123051691

CORREO: dg25cgu122612@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F				1	9					10
M				0	1					1
Total				1	10					11

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Olga Marcela Segura

CARGO: Enfermera

FIRMA: Olga Marcela Segura

Olga Marcela Segura
Enfermera
RUN 31292
UDCA

IDENTIFICACION: 53.010.495 cta

ACTIVIDADES REALIZADAS: Capacitación Ruta de Atención, SPA, Riesgo Cardiovascular.

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA
NIT. 899.999.156-1

REGRISTRO FOTOGRAFICO
(CAPACITACION AUXILIARES ENTORNO BOJACA)



Scanned with CamScanner

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Marcela Sosa Nieto

FECHA DE LA ACTIVIDAD: 6 Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Taller SSR - Prevención ITS Población Vulnerable

LUGAR: Casa de Acopio

DIRECCION: Vereda Balsa - Sitio Pacífico

TELEFONO: 3213232176

CORREO: Osnadrea.casa@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 26	27 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	-	-	-	2	2	-	-	-	-	4
M	-	-	1	4	2	-	-	-	-	7
Total	-	-	1	6	4	-	-	-	-	11

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Jessica Alejandra Rodriguez

CARGO: Coordinadora P.C

FIRMA:

IDENTIFICACION: 52967107

ACTIVIDADES REALIZADAS: Taller enfocado en Prevención Derechos Sexuales y Reproductivos - Prevención de ITS

FIRMA EJECUTOR: Olga Marcela Sosa

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

ANTONIO”- CHIA NIT. 899.999.156-1

TALLER SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PREVENCIN ITS POBLACION VULNERABLE





Powered by CamScanner

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN REGISTRO DE ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS – PIC
(Caracterización Poblacional)
Código: M-GAMB-PRT-F-007 Versión 2

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL

FECHA	6/02/2026	HORA INICIO	2:00	HORA FINAL	3:00	TIPO DE EVENTO	TALLER			
PROCESO	GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA				DEPENDENCIA	SALUD PÚBLICA		NOMBRE DE ENTIDAD	ADOPTO DE FERTILIZANTES	
RESPONSABLE EVE	OLGA MARCELA SEGURA				NOMBRE DEL EVENTO I TEMA	D SEXUAL Y REPRODUCTIVA - PREVENCION DE ITS POBLACION VULNERA		DIRECCIÓN	VEREDA BOLAICA SECTOR PARAISO	

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO al Hospital San Antonio de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informada por el Hospital de Chía de la Política de Protección de Datos Personales.

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD en años	SEXO	ORIENTACIÓN	ETNIA	VEREDA DE VIVIENDA	TIPO DE ASEGURAM...	TELÉFONO	EPS
1	TILBER	ALEXIS	CALDERON	PINEDA	1072715933	28	HOMBRE	Heterosexual		BOLAICA	CONTRIBUTIVO	3103607181	COMPENSAR
2	ANDRES	WILMER	SUAREZ	VARGAS	1073603867	19	HOMBRE	Heterosexual		BOLAICA	CONTRIBUTIVO	3123527083	FAMISANAR
3	JUAN	SEBASTIAN	NEIRA	PEREZ	1104842309	18	HOMBRE	Heterosexual		BOLAICA	SUBSIDIADO	3189186851	NUEVA EPS
4	DANNY	ENRIQUE	MENDEZ	RINCON	PPT 3196828	46	HOMBRE	Heterosexual		ZONA CENTRO	CONTRIBUTIVO	3228307843	COMPENSAR
5	JOSE	VICENTE	FERNANDEZ	BRIÑEZ	CE 1791511B	43	HOMBRE	Heterosexual		PAGUA			SIN ASEGURAMIENT
6	MAX	JERSON	COEN		1245142675	20	HOMBRE	Heterosexual	Pueblos indígenas	CALDA CERCA DE PIED		3222248054	SIN ASEGURAMIENT
7	EVER	STEVEN	CERVANTE	SUAREZ	1044895768	22	HOMBRE	Heterosexual		BOLAICA	CONTRIBUTIVO	3108150703	SALUD TOTAL
8	LISBAR	ALEXANDRA	FERNANDEZ	CASTILLO	CE 3142013	30	MUJER	Heterosexual		BOLAICA		3133303145	SIN ASEGURAMIENT
9	DAZGARDS	CAROLDYNA	EPIETU		1147950259	22	MUJER	Heterosexual	Pueblos indígenas	BOLAICA	SUBSIDIADO	3117203110	NUEVA EPS
10	SANDRA		URENA	ERONATI	2010011473	34	MUJER	Heterosexual	Pueblos indígenas	BOLAICA	SUBSIDIADO	3169278623	NUEVA EPS
11	ELMAR	MARINA	DARUO	SALAS	PPT 5467634	32	MUJER	Heterosexual		BOLAICA	CONTRIBUTIVO	3245449842	SALUD TOTAL
12													

Powered by CamScanner

POS -TEST PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL

NombreCompleto Yiber Calderon Nota____

1. ¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

a) Las ETS son infecciones que se transmiten de una persona a otra principalmente a través del contacto sexual, incluyendo relaciones vaginales, anales y orales.
b) Las ETS son infecciones que se transmiten de una persona a otra principalmente a través del contacto en baños públicos.
c) Las ETS no se transmiten por contacto sexual
d) Ninguna de las anteriores

2 ¿Cuáles son algunas de las ETS más comunes?

a. clamidia, la gonorrea, el herpes genital, el virus del papiloma humano (VPH), la sífilis, el VIH y la tricomoniasis.
b. Clamidia, el herpes genital, la sífilis, el VIH y la tricomoniasis, cáncer
c. Ninguna de las anteriores
d. Todas las anteriores

3. ¿Cuáles son los síntomas de las ETS?

a) Secreción inusual del pene o la vagina, Dolor o ardor al orinar.
b) Picazón, enrojecimiento o hinchazón en el área genital.
c) Dolor durante las relaciones sexuales.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cómo se pueden prevenir las ETS?

a. Usar condones de látex o poliuretano de manera correcta
b. Conocer el estado de ETS de tu(s) pareja(s) sexual(es), Limitar el número de parejas sexuales.
c. Considerar la realización de pruebas de ETS regulares
d. La vacunación contra algunas ETS, como el VPH y la hepatitis B
e. Todas las anteriores

5. ¿Dónde puedo hacerme la prueba de ETS?

f) Clínicas de salud sexual o centros de salud pública.
g) Algunos centros de pruebas móviles o eventos comunitarios.
h) Hospitales
i) Ofertas de las EPS
j) Todas las anteriores

Powered by CamScanner

POS -TEST PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL

NombreCompleto Andres Suarez Nota____

1. ¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

a) Las ETS son infecciones que se transmiten de una persona a otra principalmente a través del contacto sexual, incluyendo relaciones vaginales, anales y orales.
b) Las ETS son infecciones que se transmiten de una persona a otra principalmente a través del contacto en baños públicos.
c) Las ETS no se transmiten por contacto sexual
d) Ninguna de las anteriores

2 ¿Cuáles son algunas de las ETS más comunes?
a. clamidia, la gonorrea, el herpes genital, el virus del papiloma humano (VPH), la sífilis, el VIH y la tricomoniasis.
b. Clamidia, el herpes genital, la sífilis, el VIH y la tricomoniasis, cáncer
c. Ninguna de las anteriores
d. Todas las anteriores

3. ¿Cuáles son los síntomas de las ETS?

a) Secreción inusual del pene o la vagina, Dolor o ardor al orinar.
b) Picazón, enrojecimiento o hinchazón en el área genital.
c) Dolor durante las relaciones sexuales.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cómo se pueden prevenir las ETS?

a. Usar condones de látex o poliuretano de manera correcta
b. Conocer el estado de ETS de tu(s) pareja(s) sexual(es), Limitar el número de parejas sexuales.
c. Considerar la realización de pruebas de ETS regulares
d. La vacunación contra algunas ETS, como el VPH y la hepatitis B
e. Todas las anteriores

5. ¿Dónde puedo hacerme la prueba de ETS?

f) Clínicas de salud sexual o centros de salud pública.
g) Algunos centros de pruebas móviles o eventos comunitarios.
h) Hospitales
i) Ofertas de las EPS
j) Todas las anteriores

Powered by CamScanner

POS -TEST PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL

NombreCompleto Max Coen Nota_____

1. ¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

a) Las ETS son infecciones que se transmiten de una persona a otra principalmente a través del contacto sexual, incluyendo relaciones vaginales, anales y orales.
b) Las ETS son infecciones que se transmiten de una persona a otra principalmente a través del contacto en baños públicos.
c) Las ETS no se transmiten por contacto sexual
d) Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuáles son algunas de las ETS más comunes?

a. clamidia, la gonorrea, el herpes genital, el virus del papiloma humano (VPH), la sífilis, el VIH y la tricomoniasis.
b. Clamidia, el herpes genital, la sífilis, el VIH y la tricomoniasis, cáncer
c. Ninguna de las anteriores
d. Todas las anteriores

3. ¿Cuáles son los síntomas de las ETS?

a) Secreción inusual del pene o la vagina, Dolor o ardor al orinar.
b) Picazón, enrojecimiento o hinchazón en el área genital.
c) Dolor durante las relaciones sexuales.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cómo se pueden prevenir las ETS?

a. Usar condones de látex o poliuretano de manera correcta
b. Conocer el estado de ETS de tu(s) pareja(s) sexual(es), Limitar el número de parejas sexuales.
c. Considerar la realización de pruebas de ETS regulares
d. La vacunación contra algunas ETS, como el VPH y la hepatitis B
e. Todas las anteriores

5. ¿Dónde puedo hacerme la prueba de ETS?

f) Clínicas de salud sexual o centros de salud pública.
g) Algunos centros de pruebas móviles o eventos comunitarios.
h) Hospitales
i) Ofertas de las EPS
j) Todas las anteriores

Powered by CamScanner

POS -TEST PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL

NombreCompleto Laura Valdez Nota_____

1. ¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

a) Las ETS son infecciones que se transmiten de una persona a otra principalmente a través del contacto sexual, incluyendo relaciones vaginales, anales y orales.
b) Las ETS son infecciones que se transmiten de una persona a otra principalmente a través del contacto en baños públicos.
c) Las ETS no se transmiten por contacto sexual
d) Ninguna de las anteriores

2 ¿Cuáles son algunas de las ETS más comunes?

a. clamidia, la gonorrea, el herpes genital, el virus del papiloma humano (VPH), la sífilis, el VIH y la tricomoniasis.
b. Clamidia, el herpes genital, la sífilis, el VIH y la tricomoniasis, cáncer
c. Ninguna de las anteriores
d. Todas las anteriores

3. ¿Cuáles son los síntomas de las ETS?

a) Secreción inusual del pene o la vagina, Dolor o ardor al orinar.
b) Picazón, enrojecimiento o hinchazón en el área genital.
c) Dolor durante las relaciones sexuales.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cómo se pueden prevenir las ETS?

a. Usar condones de látex o poliuretano de manera correcta
b. Conocer el estado de ETS de tu(s) pareja(s) sexual(es), Limitar el número de parejas sexuales.
c. Considerar la realización de pruebas de ETS regulares
d. La vacunación contra algunas ETS, como el VPH y la hepatitis B
e. Todas las anteriores

5. ¿Dónde puedo hacerme la prueba de ETS?

f) Clínicas de salud sexual o centros de salud pública.
g) Algunos centros de pruebas móviles o eventos comunitarios.
h) Hospitales
i) Ofertas de las EPS
j) Todas las anteriores

Powered by CamScanner

17

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Cuidados por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Marcela Sierra Naranjo

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Registro de Visitas Realizadas en el mes

LUGAR: Vereda Bojaca

DIRECCION: Vereda Bojaca

TELEFONO: 3208313847

CORREO: Coods.rodeo.pic@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos Etnicos	
F	2	0	4	9	16	7	—	—	—	38
M	1	2	0	1	4	5	—	—	—	13
Total	3	2	4	10	20	12	—	—	—	51

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maria Paula Cepeda

CARGO: Coordinadora P.I.C.

FIRMA:

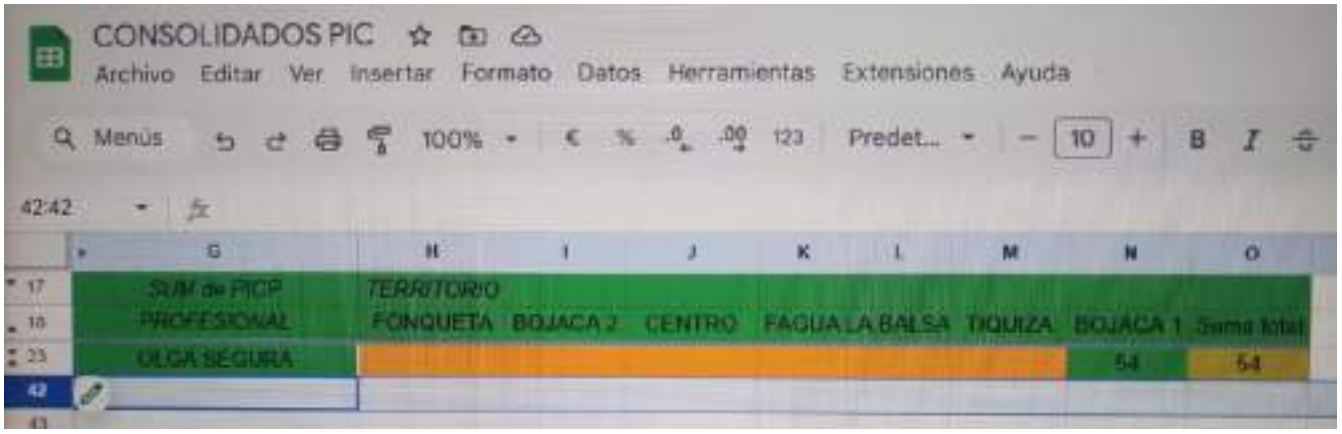
IDENTIFICACION: 1070971105

ACTIVIDADES REALIZADAS: Registro en el Formato de las Visitas Realizadas en el Sector Bojaca

FIRMA EJECUTOR: Olga Marcela Sierra

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner



Marca temporal	Dirección de co	NOMBRE AUXI	PRIMER NOME	SEGUNDO NO	PRIMER APELI
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	JULIET	ISABELA	MONTERO
##########	rodriguezsegur	LAURA BERNA	JORGE	ADALBERTO	PEREZ
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	LIZMAR	ALEJANDRA	FERNANDEZ
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	LISANDRO		BORDA
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	JENIFER		ACUÑA
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	EDZALITH		SANTANDER
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	MIGUEL		MORA
##########	rodriguezsegur	LAURA BERNA	ADA	LUZ	PEREZ
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Helena		Camero
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Sara		Fuentes
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	LINA	MARCELA	ACUÑA
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Yhoannys	Mayleen	Fernandez
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	ANA	YESICA	CAMACHO
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	JOSEFA	LUCILA	ROZO
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	ANA	ADELA	CIFUENTES
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	LEONARDO		BUSTAMENTE
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	ELIMAR	KARINA	CARVAI
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	EDUARLIS	ADRIANA	HURTADO
##########	correalnellyand	NELLY CORRE	SUSEJ	SARAHI	HURTADO
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Armando		Barrera
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Pilar	Del Carmen	Gonzalez
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Maria	Elena	Soto
##########	rodriguezsegur	LAURA BERNA	MARISOL		SALINAS
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Damaris	Carolina	Epieyu
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Yiseth	Paola	Jaller
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Pedro	Panblo	Alba
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Martha		Guzmán
##########	rodriguezsegur	LAURA BERNA	TATIANA	MILENA	MEDINA
##########	rodriguezsegur	LAURA BERNA	KARLA	MARIA	ELLES
##########	rodriguezsegur	LAURA BERNA	SHARIT	JULIANA	PEREZ
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Diana	Maria	Gaona
##########	rodriguezsegur	LAURA BERNA	LUISA	FERNANDA	MEJIA
##########	rodriguezsegur	LAURA BERNA	JOHANNA	CAROLINA	LOPEZ
##########	rodriguezsegur	LAURA BERNA	RICHAR	JOSE	PERREZ
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Emily	Sofía	Jimenez
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Yein		Quijano
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Ana	Marlene	Corredor
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Sandra		Uriana
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Jose	Antonio	Molinares
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Mileidy	Johana	Perez
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Arcelia		Rodriguez
##########	melissacogua@	MELLISSA CO	Luis	Eduardo	Arevalo

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Cuidar por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Marcela Segura

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Recibir Remisión de los casos de este ciclo

ACTIVIDAD REALIZADA: Febrero 2026

LUGAR: Verde Bajo

DIRECCION: Verde Bajo

TELEFONO: 3208313847

CORREO: Coordvep.c@gmail.com

Nº ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	EA 5	EA 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
M	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Total	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maira Paola Cabrera

CARGO: Coordinadora P.C

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1070925506

ACTIVIDADES REALIZADAS: Notificación A Hoja de Ruta a Comunidad en Puntos Críticos- Sec Salud

FIRMA EJECUTOR: Olga Marcela Segura

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario CANALIZACIÓN EXTERNA - CRONICOS - SECRETARÍA DE SALUD

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de febrero de 2026 a las 7:03 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario CANALIZACIÓN EXTERNA - CRONICOS - SECRETARÍA DE SALUD

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

CANALIZACIÓN EXTERNA - CRONICOS - SECRETARÍA DE SALUD

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

OLGA MARCELA SEGURA- MELISSA COGUA

MOTIVO DE CANALIZACIÓN *

COMENTARIO EN EL QUE DA SU OBSERVACIÓN SOBRE LA CANALIZACIÓN

PACIENTE ONCOLOGICO - CRONICO

INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE

PRIMER NOMBRE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE

EDUARDO

PRIMER APELLIDO *

AREVALO

SEGUNDO APELLIDO

CASALLAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

79160566

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

13 / 08 / 1957

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud:

NEUROADENOCARCINOMA DE ALTO GRADO, EPOC, HIPERTENSION

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [x] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Otros: CANCEER

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO

- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3105739256

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

CONJUNTO SAN GERMAN CASA 104

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario CANALIZACIÓN EXTERNA - CRONICOS - SECRETARÍA DE SALUD

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 9:16 a.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario CANALIZACIÓN EXTERNA - CRONICOS - SECRETARÍA DE SALUD

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

CANALIZACIÓN EXTERNA - CRONICOS - SECRETARÍA DE SALUD

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

OLGA SEGURA- MELISSA COGUA

MOTIVO DE CANALIZACIÓN *

COMENTARIO EN EL QUE DA SU OBSERVACIÓN SOBRE LA CANALIZACIÓN

PACIENTE CRONICO, ESCASO SEGUMIENTO POR PROGRAMA DE CRONICO

INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE

PRIMER NOMBRE *

MARTHA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

GUZMAN

SEGUNDO APELLIDO

MACIAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

39729953

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 10 / 1966

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud:

PACIENTE HIPERTENSA, DIABETICA, ANTECEDENTE DE CX DE RODILLA, DEPRESION

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [x] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [x] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros:

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO

- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3144524601

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

NÚMERO DE LA DIRECCIÓN
EJEMPLO KR **14C**#9-34 EN ESTE CASO ES **14C**
*

1

INFORMACIÓN DE CRUZE
EJEMPLO KR 14C#**9**-34 EN ESTE CASO ES **9**
*

35

NÚMERO DE CASA O FINAL
EJEMPLO KR 14C#9-**34** EN ESTE CASO ES **34**
*

110

COMPLEMENTO CARDINAL
EJEMPLO KR 14C#9-34 **NORTE** EN ESTE CASO ES **NORTE**

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Marcela Segura

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Consejo mensual de Permisionados

LUGAR: Vereda Bojacá

DIRECCION: Cra 2Este # 31-17

TELEFONO: 3202313947

CORREO: Coordinadoricda@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maira Paola Cardozo

CARGO: Coordinadora P.C

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1073527306

ACTIVIDADES REALIZADAS: Dirigido a Cabezas familias de la comunidad P.C

FIRMA EJECUTOR: Olga Marcela Segura

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN ACTA DE REUNION - PIC	Código: M-GAMB-PYD-F-009
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROCESO: Promoción y Prevención

DEPENDENCIA: P.I.C

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Olga Segura - Victoria Pérez

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

- ☐ Consejo
- ☐ Comité
- ☐ Reunión
- ☒ Otro Seguimiento Casa Remisión

ACTA N°		FECHA		
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	Laura Perez	1077470457	Psicologa	3209697746
	Olga Segura	53.960.435	Enfermera	3123051691
INVITADOS	Yeni Quiroga	1077677078	Mamá	3172450659
	Emily Jimenez	1026726020	Hija	3012057886

1. OBJETIVO DE LA REUNIÒN

Realizar Seguimiento Condicion Fisica, Emocional y Psicologica de la menor Remitida

2. ORDEN DEL DÍA

1. Presentacion de los Profesionales
2. Proceso de Caracterizacion Familiar
3. Recomendaciones

Powered by CamScanner

	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN ACTA DE REUNION - PIC	Código: M-GAMB-PYD-F-009
Cuidamos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Se realiza Visita en el domicilio de la Señorita Emily Jimenez quien se encuentra en compañía de la mamá la Señora Yeimi se realiza Proceso inicial de Caracterización familiar para identificar estado Actual de Salud.

Se genera un espacio de acompañamiento terapeutico y de escucha activa para la menor, favoreciendo que expresara sus emociones y las situaciones que le generan preocupación o tristeza. Se explora los apoyos disponibles en su entorno y se refuerza la importancia de identificar adultos de confianza con quienes puede comunicarse cuando experimente malestar Emocional. Se recomienda Promover actividades cotidianas que contribuyan a su bienestar, respetando sus intereses personales. A la mamá se le orientó sobre la importancia de mantener un ambiente comprensivo y de confianza, así como de continuar con Seguimiento Profesional y tratamiento. Se informa sobre rutas de atención en caso de crisis

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÒN

Menor con antecedente de depresion y Ansiedad con adecuado Apoyo de su mamá en tratamiento y Seguimiento

5. ANEXOS

6. COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Seguimiento Psicologia Psiquiatra	Emily Jimenez	Continuo
Apoyo Psicologia EPS	Yeimi Quiroga	Continuo
Seguimiento a PAA	Emily Jimenez	Continuo

FIRMAS

X Yeimi Carolina Quiroga

X EMILY JIMÉNEZ

X Olga Marcela Tequia Perez.

Powered by CamScanner

Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 4:07 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

MELISSA COGUA

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO CASO REMITIDO DESDE IE

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EMILY

SEGUNDO NOMBRE

SOFIA

PRIMER APELLIDO *

JIMENEZ

SEGUNDO APELLIDO

TIFARO

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1016720020

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

22 / 12 / 2009

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

YEIN

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

QUIJANO

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

TIFARO

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3172450659

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

.....

Antecedentes Personales en Salud: *

TRANSTORNO DE DEPRESION Y ANSIEDAD MIXTO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [x] Ansiedad
- [x] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3012057886

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

NÚMERO DE LA DIRECCIÓN
EJEMPLO KR **14C**#9-34 EN ESTE CASO ES **14C**
*

2

INFORMACIÓN DE CRUZE
EJEMPLO KR 14C#**9**-34 EN ESTE CASO ES **9**
*

31

NÚMERO DE CASA O FINAL
EJEMPLO KR 14C#9-**34** EN ESTE CASO ES **34**
*

17

COMPLEMENTO CARDINAL
EJEMPLO KR 14C#9-34 **NORTE** EN ESTE CASO ES **NORTE**

ESTE

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

DISFUNCION FAMILIAR, TRANSTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION, ADOLESCENTE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI_X__NO ___
FECHA DE ULTIMO CONTROL: 09-2025
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI____NO__X__ FECHA DE ULTIMO CONTROL
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI__X__NO____ FECHA DE ULTIMO CONTROL 10-2025
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI X__ NO____ OBSERVACIÓN: VOLEIBOL, DANZA
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI_X___ NO _____
CITOLOGÍAS: SI____NO _X_ NA____ADN VPH: SI__X__NO ___ NA __ FECHA DE EXAMEN 2 AÑOS
AUTOEXAMEN DE SENO SI___NO _X___
PLANIFICACIÓN: SI____NO __X__ CUAL:
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL SI_X__NO_X___ CUAL DEPRESION Y ANSIEDAD_RECIBE TRATAMIENTO SI_X___NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS_3__ INFLUENZA SI____NO_X__ VPH 2 DOSIS
CONSUMO DE SPA SI_____NO__X___ CUAL
TRATAMIENTO: SERTRALINA 25 MG DIA Y MELATONIA 3M DIA
ANTECEDENTES FAMILIARES NO INFORMA
SE RECOMIENDA MANTENER SEGUIMIENTO REGULAR CON EL PROFESIONAL DE SALUD, TOMAR LOS MEDICAMENTOS SEGÚN INDICACIÓN (SI FUERON FORMULADOS), ESTABLECER RUTINAS DIARIAS DE SUEÑO Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA, Y PRACTICAR TÉCNICAS DE RELAJACIÓN COMO RESPIRACIÓN PROFUNDA. TAMBIÉN ES FUNDAMENTAL FORTALECER LA RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL, EXPRESAR LAS EMOCIONES DE MANERA ABIERTA Y EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS QUE PUEDAN EMPEORAR LOS SÍNTOMAS. ANTE LA PRESENCIA DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS PERSISTENTES O SENSACIÓN DE DESBORDAMIENTO EMOCIONAL, SE DEBE BUSCAR AYUDA PROFESIONAL DE MANERA OPORTUNA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

TOMAR LOS MEDICAMENTOS EXACTAMENTE COMO FUERON FORMULADOS.
NO SUSPENDER NI MODIFICAR DOSIS SIN INDICACIÓN MÉDICA.
ASISTIR PUNTUALMENTE A CONTROLES Y EXÁMENES.
SOLICITAR ASESORIA EN CONSULTA DEL ADOLESCENTE
SE RECOMIENDA LLEVAR UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA RICA EN FRUTAS, VERDURAS, PROTEÍNAS Y AGUA, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR (AL MENOS 150 MINUTOS SEMANALES), DORMIR ADECUADAMENTE
MANTENER Y FOMENTAR OTROS ESPACIOS DE RECREACION

FAMILIARES *

RECORDAR HORARIOS DE MEDICACIÓN.
ACOMPAÑAR A CONTROLES MÉDICOS CUANDO SEA POSIBLE.
SUPERVISAR DISPONIBILIDAD CONTINUA DE MEDICAMENTOS.

FOMENTAR ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA. PROMOVER CAMINATAS O ACTIVIDAD FÍSICA EN GRUPO.

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA, CONTROL POR MEDICINA GENERAL O ENFERMERIA, VINCULACION AL PRORAMA DE SALUD MENTAL, PARTICIPACION DE ACTIVIDADES RECREATIVAS OFERTADAS POR EL IMR, CASA DE LA CULTURA ENTRE OTROS. APOYO EN CENTROS DE ESCUCHA

Observaciones / hallazgos encontrados

EN SEGUIMIENTO APOYO ESCOLAR, SEGUIMIENTO PSICOLOGIA EPS,

Talla

153

Peso

47

Frecuencia respiratoria

14

Frecuencia cardiaca

73

Saturación de oxigeno

97

Tensión arterial

103-60

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

62

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

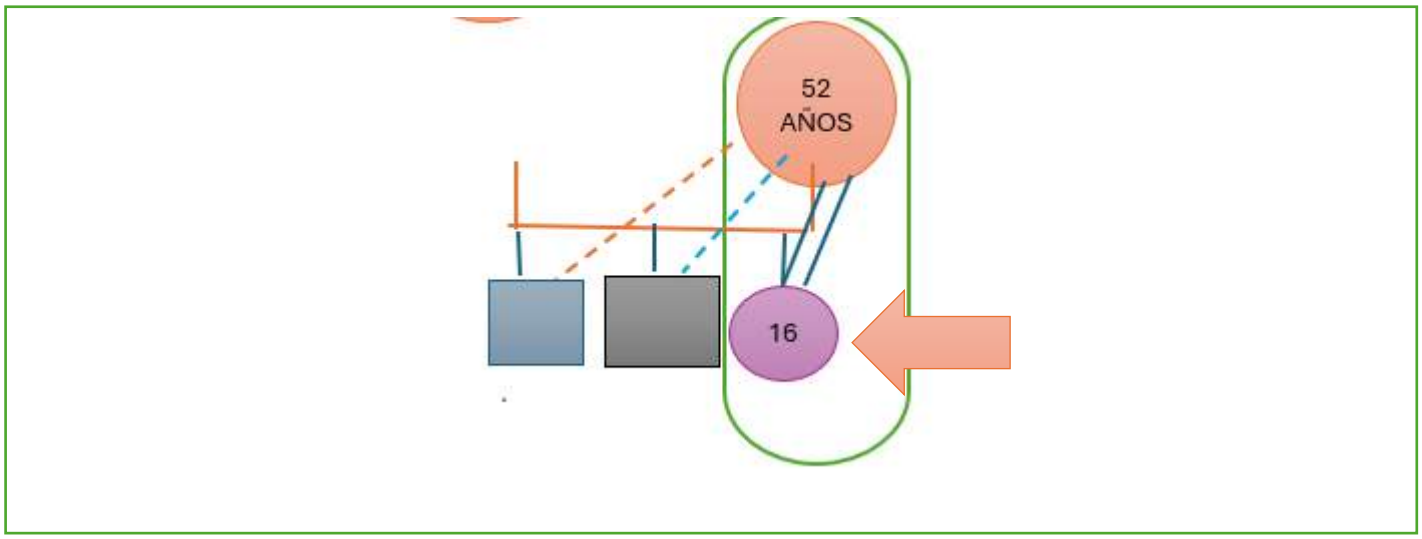
40.1 EMILY SOFIA JIMENEZ TIFARO - olga segura.pdf

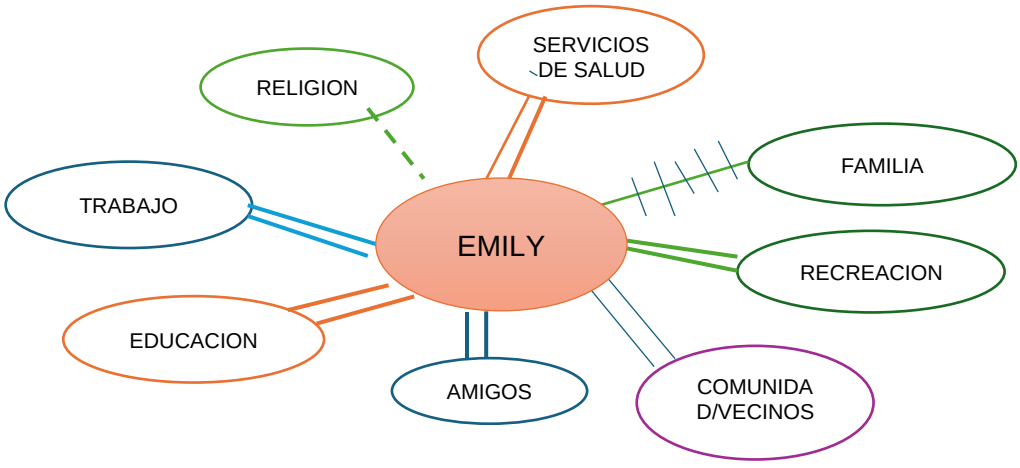
Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

EMILY SOFIA JIMENEZ TIFARO
16 AÑOS
TI 1016720020
COMPENSAR - C
CEL 3012057886
CRA 2 ESTE # 31-17
TRES ESQUINAS







ECOMAPA



	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Maria Segura N

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Identificacion Problematicas del Territorio

LUGAR: I Vereda Bojaca

DIRECCION: Sector 3 Esquinas

TELEFONO: 3208313847

CORREO: Coordinadoraplc@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	-	-	-	2	5	2	-	-	-	9
M	-	-	-	-	5	-	-	-	-	5
Total	-	-	-	2	10	2	-	-	-	14

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maria Paula Cortes

CARGO: Coordinadora P.I.C

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1076925106

ACTIVIDADES REALIZADAS: Reunion con representante Junta de Acción Comunal 3 Esquinas

FIRMA EJECUTOR: Olga Maria Segura

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN ACTA DE REUNION - PIC	Código: M-GAMB-PYD-F-009
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROCESO: Promoción y Prevención

DEPENDENCIA: PIC

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Olga Segura, Tatiana Barrera

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

- ☐ Consejo
- ☐ Comité
- ☒ Reunión Representantes y coordinación Junta de Acción comunal
- ☐ Otro Bojaca centro

ACTA N°		**FECHA**	10/02/2026	
LUGAR	I E Bojaca			
ASISTENTES	**NOMBRE**	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	**CARGO/DEPENDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
	Pablo Gomez	7191826	Presidente Junta	
	Olga Segura	53910435	Enfermera Bojaca I	
INVITADOS	Tatiana Barrera	1069259608	Enfermera Bojaca II	
	Estella Bautista	20472198	Secretaria Junta	

1. OBJETIVO DE LA REUNIÒN

① Se realiza Presentación del Equipo Bojaca I y II
② Dar a conocer las actividades de las profesionales del equipo PIC

2. ORDEN DEL DÍA

1. Se realiza presentación de los profesionales y representantes de la junta
2. Presentación de las actividades a desarrollar en la comunidad Bojaca I y II
3. Acuerdos con los representantes de la junta de acción comunal.

Powered by CamScanner

	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN ACTA DE REUNION - PIC	Código: M-GAMB-PYD-F-009
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

1. Dando orden se inicia la presentación de cada una de las profesionales del sector Bojacá, dando a conocer las funciones de cada profesional, se inicia dando a conocer el proceso que se esta realizando de caracterización en cada una de las familias, por lo cual se inicia la divulgacion y se solicita la colaboracion para dar a conocer a la comunidad.
- Se solicita a la junta la colaboración para realizar una brigada en el sector Bojacá I en donde van a participar cada uno de los profesionales, vacunación Humana y canina, se acuerda realizar la brigada de salud para el dia. 14 de Marzo.

Se realiza el cierre de la reunión, acordando realizar nuevas reuniones a necesidad.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÒN

- Divulgación de el proceso de caracterización. Se establecieron Acuerdos sobre la brigada y las actividades a desarrollar Bojacá I y II

5. ANEXOS

- Pieza comunicativa enviada, Registro Fotografico.

6. COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Difundir la pieza comunicativa del plan de Intervenciones colectivas	Junta de acción comunal	Mensual

FIRMAS

Yuli Tatiana Bolivar 1069259688
Alfonso Rojas V
Mo Stella Montaño CC 20.472.108
Diego M Sosa C 53.910.435 1705619
Laura Victoria Perez 1072700459
Yenitza Montaño 1.007.781.701 3 01 3 399 021
Melissa Cocca 1072702804
Pablo Conn 79186201

Powered by CamScanner

REUNION JUNTA DE ACCION COMUNAL 3 ESQUINAS





	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Maria Sosa

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Reunion PIC

LUGAR: Secretaria de Salud - CHIA

DIRECCION:

TELEFONO: 3108313847

CORREO: Coordinadorpicchia@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	-	-	-	10	45	-	-	-	-	55
M	-	-	-	-	5	-	-		-	5
Total	-	-	-	10	50	-	-	-	-	60

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maria Rosa Cardenas

CARGO: Coordinadora RC

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1070925506

ACTIVIDADES REALIZADAS: Asistencia Reunion Secretaria Salud de Chia

FIRMA EJECUTOR: Olga Maria Sosa

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

Alcaldía Municipal de Chía

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA

CODIGO	SIG-FT-02-V3
PAGINAS	1 de 2

CAPACITACIÓN | ENTRENAMIENTO | REUNIÓN X | OTRO (). ¿CUAL?

PROCESO Gestión de Salud. DEPENDENCIA Salud Pública - Secretaría de Salud Chía.

FECHA 30 de Enero 2026 HORA INICIO 2PM. HORA FINAL 6 PM. LUGAR Centro Administrativo Municipal

RESPONSABLE DEL EVENTO Coordinación Operativa PIC CARGO

NOMBRE DEL EVENTO / TEMA Reunión Inicial Grupo PIC 2026.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mi imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: https://www.chia-cundinamarca.gov.co/sitio/index.php/ley-1712-transparencia/mecanismos-de-contacto/correo-electronico-para-notificaciones-judiciales/28-atencion-al-ciudadano/2879-politicas-de-seguridad-y-privacidad-de-la-informacion-del-sitio-web y protección de datos personales.

N°	NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	DEPENDENCIA / EMPRESA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Nevelis Padrón	1032926171	PIC	Aux Enfermería	nevelispadron@gmail.com	
2	Ana Silvana Ardila Garzón	1082669808	PIC	Aux Enfermería	silvanaardila1@gmail.com	
3	Margarita María Acevedo C.	35492926	PIC	Aux Enfermería	makasalud@hotmail.com	
4	Yuli Johana Gaitán	1069291688	PIC	Enfermera	anubis@gmail.com	
5	Angelica Melgarejo Chavez	35196326	PIC	Aux enfermería	enfermeriaintramural@chia@gmail.com	
6	Melissa Cogua Palacios	1042702304	PIC	Aux Enfermería	melissacogua@gmail.com	
7	Rocio Cortes	35192660	PIC	Aux Enfer	Cortesrocio@gmail.com	
8	Jenny Nicole Rodriguez R.	1032491745	PIC	Aux enfer	nicolerodriguez739@gmail.com	
9	Nydia Teresa Sierra	52602434	PIC	Aux enfer	sierranydia@hotmail.com	
10	Adriana Lucia Cruz	51958955	PIC	Coordinadora	coordinadoraplanificacion@gmail.com	
11	Maria José Hernandez Mesa	1014134853	PIC	Medica	mariahm1019@gmail.com	
12	Martha Rocio Ramos P.	35499601	PIC	Odontóloga	rociodentalcare@gmail.com	

Alcaldía Municipal de Chía

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA

CODIGO	SIG-FT-02-V3
PAGINAS	1 de 2

CAPACITACIÓN | ENTRENAMIENTO | REUNIÓN X | OTRO? | ¿CUAL?

PROCESO Gestión en Salud DEPENDENCIA Dirección Administrativa Municipal

FECHA 30 Enero / 2026 HORA INICIO 2:00 PM HORA FINAL 6 PM LUGAR Salud Pública - Sala de reunión

RESPONSABLE DEL EVENTO Supervisora / Coordinadora de la CARGO

NOMBRE DEL EVENTO / TEMA Reunión Anual Grupo PIC 2026.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluida mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: https://www.chia-cundinamarca.gov.co/unifrontal/index.php/ley-1712-transparencia/mecanismos-de-contacto/correo-electronico para notificaciones-judiciales#38-atencion-al-ciudadano#2628-politicas-de-seguridad y privacidad de la información del sitio web y protección-de-datos-personales.

Nº	NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACCIÓN	DEPENDENCIA / EMPRESA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Sandra Viviana Quecán Ramos	1072672963	PIC	Fisioterapeuta	vivianaquecan24@gmail.com	
2	María Eugenia Moreno Mendoza	52424986	PIC	Terapeuta Respiratoria	mariaumoreno@gmail.com	
3	Maria Carolina Rodriguez C	1077643166	PIC	M. Veterinaria	carolinaguez.vet@gmail.com	
4	Wilfy Ramos Ruiz	52085737	PIC	Aux Enfermería	ramosruizwilfy@gmail.com	
5	Heidi Paola Aguilar Rivera	52453796	PIC	Aux enfermería	Paguilarriv@gmail.com	
6	Cindy Julieth Forero Lemos	1072465918	PIC	Aux Enfermería	cindyjuliethforero@hotmail.com	
7	Maribel Moya Rodriguez	52464747	PIC	Aux Enfermería	mope.chia@gmail.com	
8	Cristina Rodriguez Bastos	35198502	PIC	Aux Enfermería	cristinabas@gmail.com	
9	Diana Marcela Hortua Espitia	53911088	PIC	Aux Enfermería	Dianahortua@hotmail.com	
10	Paola Yinney Santana Rodriguez	1012400510	PIC	Aux Enfermería	Paola.2426@gmail.com	
11	Mariana Sofia Rodriguez	1022372284	PIC	psicologa	profesionalpsicologa23@gmail.com	
12	Claudia L. Romero Morales	52343242	PIC	PSICOLOGA	psicologaclaudiaromero@gmail.com	

Alcaldía Municipal de Chía

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA

CODIGO	SIG-FT-02-V3
PAGINAS	1 de 2

CAPACITACIÓN | ENTRENAMIENTO | REUNION [X] | OTRO (¿) | ¿CUAL?

PROCESO Gestion en Salud DEPENDENCIA Secretaria de Salud - Salud Publica

FECHA 30 Diciembre 2022 HORA INICIO 2 PM HORA FINAL 6 PM LUGAR Oficina Administrativa Municipal

RESPONSABLE DEL EVENTO Grupo Supervisor / coordinadores PIC PARGO

NOMBRE DEL EVENTO / TEMA Reunion Mensual Grupo PIC 2022

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales ubicada en el siguiente enlace: https://www.chia-cundinamarca.gov.co/sitio/index.php/ley-1712-transparencia/mecanismos-de-contacto/correo-electronico-para-notificaciones-judiciales/38-atencion-a-ciudadano/2829-politicas-de-seguridad-y-privacidad-de-la-informacion-del-sitio-web-y-proteccion-de-datos-personales.

N°	NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACCIÓN	DEPENDENCIA / EMPRESA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Jan Jose Martinez	1032407771	PIC	Psicologo	Jjosemartinez-9412@hotmail.com	
2	Yaneth Galvan	22615706	PIC	Auxiliar enfermeria	yanethgalvan3278@gmail.com	
3	Maria Cristina Beltran Cardenas	35194451	PIC	Auxiliar Enfermeria	mariacristina.cardenas@gmail.com	
4	Dora Carolina Gomez Plazas	1072665234	PIC	Aux Enfermeria	carolina2005@gmail.com	
5	Lina Ximena Velez	1072641574	PIC	Aux enfermeria	ximenavelez@hotmail.com	
6	Toly Ramirez Pineda	1072644556	PIC	Aux Enfermeria	tolyperez@gmail.com	
7	Laura Bernal Silva	1072647812	PIC	Aux-enfermero	rodriguezsguardian@gmail.com	
8	Viviana Castro	35196371	PIC	Aux enfermeria		
9	Deiren Alejandra Guevara	1121091942	PIC	Aux Enfermeria	alejandraguevara@hotmail.com	
10	Diana Carolina Martinez M	52702463	PIC	Aux Enfermeria	carolinamartinez@gmail.com	
11	Angelina Rivera	35196876	PIC	Enfermera	guevara2016@gmail.com	
12	Nestor Neuque	3124053687	Edu Fisico	PIC	neuque3101@gmail.com	

Alcaldía Municipal de Chía

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA

CODIGO	SIG-FT-02-V3
PAGINAS	1 de 2

CAPACITACIÓN ___ ENTRENAMIENTO ___ REUNIÓN X OTRO ¿CUAL? ___

PROCESO Gestión en Salud DEPENDENCIA Sec. Salud Salud Pública

FECHA 30 Enero 2020 HORA INICIO 2PM HORA FINAL 6 PM LUGAR ___

RESPONSABLE DEL EVENTO Coordinadora Inspección PIC. CARGO

NOMBRE DEL EVENTO / TEMA Reunión Inducción Grupos PIC 2020

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que (dicha) mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, sean compartidos para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales ubicada en el siguiente enlace: https://www.chia-cundinamarca.gov.co/admin/index.php?key=1772-transparencia/mecanismos-de-contacto/correo-electronico-para-notificaciones-judiciales/38-atencion-a-el-ciudadano/2825-politicas-de-seguridad-y-privacidad-de-la-informacion-del-sitio-web y protección de datos personales.

Nº	NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACCIÓN	DEPENDENCIA / EMPRESA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Diana Lizeth Salgado Z	1073684493	Sec. Salud.	Lider programa	dianasalgado@chia.gov.co	Diana Salgado
2	Sonia Ramos	40-726499999	Sec. Salud	Enfermera familiar	yomaf.sonia@gmail.com	Sonia Ramos
3	Luz Adriana Ramos	35199642	Sec. Salud.	enfermero	luz.adriana@chia.gov.co	
4	Carolina Chiromel	52906618	PIC.	Enfermera	carito.chiromel@gmail.com	Chiromel
5	Daniela Alexandra Nuero	1072666713	Sec. Salud	Aux enfermera	daniela.nuero30@gmail.com	
6	Yolanda Rincon P.	1072662332	Sec. Salud PIC	Aux Enfermeria	yolanrincon30@gmail.com	
7	Hugo Armando Santos	1064486262	PIC	SST	hugosantos9109@hotmail.com	
8	Ingra Vanessa Forero	1072651438	PIC	Aux Enfermeria	ingravanessa30@gmail.com	
9	Karen Daniela Sanchez	1007194160	PIC	Aux enfermeria	karendanielasanchez@gmail.com	
10	Laura Catalina Sanchez Arias	1072736916	PIC.	Psicologa.	lauracatalinasanchezarias9908@gmail.com	
11	Angy Johanna Robayo L	1053523579	PIC	Aux Enfermeria	angyrobayo@hotmail.com	
12	Nicole Ossa Rivera Gomez	1007634162	PIC	Psicologa	nicole.ossa2@gmail.com	

Alcaldía Municipal de Chía

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA

CODIGO	SIG-FT-02-V3
PAGINAS	1 de 2

CAPACITACIÓN [ ] ENTRENAMIENTO [ ] REUNIÓN [X] OTRO(?) [ ] ¿CUÁL?

PROCESO Gestión en Salud DEPENDENCIA Secretaría de Salud - Salud Pública

FECHA 30 Enero/2023 HORA INICIO HORA FINAL LUGAR Centro Administrativo Municipal

RESPONSABLE DEL EVENTO Grupo Operativo / Coordinación PIC CARGO

NOMBRE DEL EVENTO/TEMA Reunión mensual PIC - 2023

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales ubicada en el siguiente enlace: https://www.chia-cundinamarca.gov.co/portal/index.php/ley 1712 transparencia/mecanismos-de-contacto/como-hacer-notificaciones-judiciales/38-atencion-al-ciudadano/2628-politicas-de-seguridad-y-privacidad-de-la-informacion del sitio web y protección de datos personales.

N°	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	DEPENDENCIA / EMPRESA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Sara Marcela Salcedo Sanchez	1077693809	PIC	Farmacéutica	Saramar12@hotmail.com	Sara Marcela Salcedo
2	Laura Victoria Perez Rodriguez	1077200457	PIC	Psicologa	laurayperez@gmail.com	Laura Pérez
3	Ana Maria Sepulveda	52.906.432	PIC	Enfermera	Anasepulveda26@hotmail.com	Ana Sepulveda
4	Milena Cifuentes P.	35196468	PIC	Enfermera	milenacpp@gmail.com	
5	Angie Lucia Gutierrez	1072311943	PIC	Aux. Enfermeria	lucygutierrez1621@gmail.com	Angie Gutierrez
6	Raquel Buitrago P.	51997943	PIC	Gestor Gobernabilidad	maitebuitrago394@gmail.com	Raquel Buitrago P.
7	David Camilo Sanchez	1072622290	P.I.C	Apoyo A la Coordinacion	Camilosanchez@gmail.com	
8	Maria Paula Castañeda	1010925706	PIC	Coordinadora	Coordinadorpic@gmail.com	
9	Jacqueline Alvarez Rodriguez	52916100	PIC	Dinamizadora	Jacqueline.alvarez@chia.gov.co	
10	Adriana Romero Pardo	60442627	ESE Subdirección Científica	Subdirectora Científica	Subcientifica@chia.gov.co	
11	Pablo Andres Romero	1026266469	PIC	Ing. Sistemas	Pablo.romero@hospitalchia.gov.co	
12	Maribel Castiblanco M	55225496	PIC	Nutricionista	maribelmc@gmail.com	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

REUNION PIC





	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Marcela Sosa

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Seguimiento en Rosario Seco de los Sujetos Por Año

ACTIVIDAD REALIZADA: Fondo 2025

LUGAR: Valle Bajo

DIRECCION: Tres Esquinas

TELEFONO: 3208313847

CORREO: coordinadora.ca@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos etnicos	
F	15	12	9	31	74	16	—	—	—	157
M	18	26	8	28	28	7	—	—	—	115
Total	33	38	17	59	102	23	—	—	—	272

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: María Paula Cárdenas

CARGO: Coordinadora E.S

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1072992556

ACTIVIDADES REALIZADAS: Seguimiento al Rosario Seco de los Sujetos Realizado por los Auxiliares de Enfermería

FIRMA EJECUTOR: Olga Marcela Sosa

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

FICHAS	PERSONAS	AUXILIAR	alep	gestantes	puerpera	salud oral	agudeza visual	medicina adulto	medicina joven	planificacion	citologia	examen clinico de mama	mamografia	TERAPIA RESP	piel a piel salon
50	79	LAURA BERNAL	22	3	1	38	40	27	16	21	25	31	14	1	14
49	90	MELLISSA COGUA	21	2	3	32	37	15	21	30	32	22	11	3	11
51	102	NELLY CORREAL	23	2	1	30	33	22	15	24	18	15	13	3	11
		META	20	2	1	15	15	15	15	15	15	15	15	10	10

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Olga Marcela Segura Noriega

FECHA DE LA ACTIVIDAD: 16 de Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Taller Maternidad Responsable y Segura

LUGAR: Clínica día

DIRECCION: CL 6 # 10-125

TELEFONO: 3135791547

CORREO: jhai1295@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	-	-	-	5	6	-	-	-	-	11
M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	-	5	6	-	-	-	-	11

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Jair Tapias Ospina

CARGO: Enfermero J

FIRMA: Jair Tapias

IDENTIFICACION: C.C. 1.065.999.128 Enfermero Jefe 1065999128

ACTIVIDADES REALIZADAS: Taller Salud Sexual Reproductiva, Lactancia Materna

FIRMA EJECUTOR: Olga Marcela Segura N.

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

Unidos por su Salud

TALLER MATERNIDAD RESPONSABLE Y SEGURA





Powered by CamScanner

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN REGISTRO DE ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS - RC

(Caracterización Poblacional)

Código: IH-GAMB-PYD-F-007 Versión 2

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA NIVEL

TEMA							TALLER	
PROCESO								

Cuando completemos los dispuesto en la Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, yo en el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO al Hospital San Antonio de Chía para guardar los datos personales, actualizarlos cuando sea necesario, los cuales serán utilizados para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por el Hospital de Chía de la Política de Protección de Datos Personales

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL	ETNIA	VEREDA DE RESIDENCIA	TIPO DE ASEGURAMIENTO	EPS	TELEFONO
1	LUISA	FERNANDA	GALEANO	PEREZ	1073571067	27	MUJER	Heterosexual		ZONA CENTRO	SUBSIDIADO	SANITAS	3234362402
2	JOSHABETH	SARAY	BELTRAN	GONZALEZ	1233899	21	MUJER	Heterosexual	Pueblos Indígenas	CIUDADELA CAMINO PIEDRA	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	3244385709
3	MARIA	ELENA	SERRANO	MUÑOZ	1070013397	28	MUJER	Heterosexual		ZONA CENTRO	CONTRIBUTIVO	FAMISANAR	3196719955
4	PAR	NELA	GARCIA	BASQUEZ	1073778902	19	MUJER	Heterosexual		ZONA CENTRO	CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	3046238869
5	CATALINA		DIAZ	ARIAS	1072704590	28	MUJER	Heterosexual		ZONA CENTRO	CONTRIBUTIVO	COMPENSAR	1053005749
6	MARIA	ALEJANDRA	GONZALEZ	PEDRAZA	1076535503	29	MUJER	Heterosexual		ZONA CENTRO	CONTRIBUTIVO	FAMISANAR	1233752206
7	PALAVY	ELIZABETH	MORENO	VALVUENA	1072796868	27	MUJER	Heterosexual		ZONA CENTRO	CONTRIBUTIVO	FAMISANAR	1233837871
8	ANA	YESSICA	CAMACHO	ACOSTA	1053089000	34	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	1213089686
9	ERIKA	JULIETH	JUMBO	LOPEZ	1075561886	35	MUJER	Heterosexual	Pueblos Indígenas	ZONA CENTRO	CONTRIBUTIVO	FAMISANAR	3114527122
10	MARIA	ELENA	SOTO	HURTADO	1020301747	20	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	3113043297
11	YHOANNYS	MAYLEEN	PERNIADEZ	JUAREZ	1233555551	30	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ		SIN ASEGURAMIENTO	3203165003

Página 1

Powered by CamScanner

POST TEST DE CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

NOMBRE Manuela Garcia Vásquez

1. **¿Cuál de los siguientes cuidados es fundamental durante el baño del recién nacido en casa?**
   A) Bañarlo con agua fría para estimular su sistema inmune.
   B) Bañarlo todos los días con abundante jabón antibacterial.
   (C) Bañarlo con agua tibia y jabón neutro, evitando corrientes de aire.
   D) Frotar vigorosamente su piel para eliminar el vérnix caseosa.

2. **¿Cuál es la mejor práctica para el cuidado del cordón umbilical en casa?**
   A) Cubrir el cordón con una faja para protegerlo.
   B) Limpiar el cordón con alcohol varias veces al día hasta que caiga.
   (C) Mantener el cordón limpio y seco, dejando que caiga solo.
   D) Aplicar talcos o cremas para acelerar su caída.

3. **¿Cuál de las siguientes acciones es recomendada para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante?**
   A) Colocar al bebé boca abajo al dormir.
   (B) Dormirlo de lado con almohadas.
   C) Dormirlo boca arriba sobre un colchón firme.
   D) Compartir la cama con los padres.

4. **¿Cuándo se recomienda iniciar la lactancia materna exclusiva en el recién nacido?**
   A) Después del primer baño.
   (B) En las primeras 24 horas de vida.
   C) Después de que caiga el cordón umbilical.
   D) Inmediatamente después del primer mes de vida.

5. **Si un recién nacido presenta fiebre en casa, ¿qué debe hacer el cuidador?**
   A) Bañarlo con agua fría.
   B) Administrarle medicamentos sin consultar.
   (C) Llevarlo inmediatamente a urgencias.
   D) Esperar a que la fiebre pase sola.

6. **Cuáles son los Beneficios de la Lactancia materna**
   A. Contiene Nutrientes y protege contra enfermedades
   B. Daña el cuerpo
   C. Produce Flacidez en los senos
   D. Crea vínculo Afectivo madre e hijo
   (E) A y d son verdaderas

7. **Cuáles son los Signos de Buen Agarre del seno**
   A. Presencia de dolor
   B. Labios doblados hacia afuera,
   (C) Nariz y mentón tocando el seno
   D. Solo debe succionar la punta del pezón
   E. B y c son ciertas

Powered by CamScanner

POST TEST DE CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

NOMBRE _____

1. **¿Cuál de los siguientes cuidados es fundamental durante el baño del recién nacido en casa?**
   A) Bañarlo con agua fría para estimular su sistema inmune.
   B) Bañarlo todos los días con abundante jabón antibacterial.
   C) Bañarlo con agua tibia y jabón neutro, evitando corrientes de aire.
   D) Frotar vigorosamente su piel para eliminar el vérnix caseosa.

2. **¿Cuál es la mejor práctica para el cuidado del cordón umbilical en casa?**
   A) Cubrir el cordón con una faja para protegerlo.
   B) Limpiar el cordón con alcohol varias veces al día hasta que caiga.
   C) Mantener el cordón limpio y seco, dejando que caiga solo.
   D) Aplicar talcos o cremas para acelerar su caída.

3. **¿Cuál de las siguientes acciones es recomendada para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante?**
   A) Colocar al bebé boca abajo al dormir.
   B) Dormirlo de lado con almohadas.
   C) Dormirlo boca arriba sobre un colchón firme.
   D) Compartir la cama con los padres.

4. **¿Cuándo se recomienda iniciar la lactancia materna exclusiva en el recién nacido?**
   A) Después del primer baño.
   B) En las primeras 24 horas de vida.
   C) Después de que caiga el cordón umbilical.
   D) Inmediatamente después del primer mes de vida.

5. **Si un recién nacido presenta fiebre en casa, ¿qué debe hacer el cuidador?**
   A) Bañarlo con agua fría.
   B) Administrarle medicamentos sin consultar.
   C) Llevarlo inmediatamente a urgencias.
   D) Esperar a que la fiebre pase sola.

6. **Cuáles son los Beneficios de la Lactancia materna**
   A. Contiene Nutrientes y protege contra enfermedades
   B. Daña el cuerpo
   C. Produce Flacidez en los senos
   D. Crea vinculo Afectivo madre e hijo
   E. A y d son verdaderas

7. **Cuáles son los Signos de Buen Agarre del seno**
   A. Presencia de dolor
   B. Labios doblados hacia afuera,
   C. Nariz y mentón tocando el seno
   D. Solo debe succionar la punta del pezón
   E. B y c son ciertas

Powered by CamScanner

POST TEST DE CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

NOMBRE Catalina Díaz Arias

1. **¿Cuál de los siguientes cuidados es fundamental durante el baño del recién nacido en casa?**
   A) Bañarlo con agua fría para estimular su sistema inmune.
   B) Bañarlo todos los días con abundante jabón antibacterial.
   X C) Bañarlo con agua tibia y jabón neutro, evitando corrientes de aire.
   D) Frotar vigorosamente su piel para eliminar el vérnix caseosa.

2. **¿Cuál es la mejor práctica para el cuidado del cordón umbilical en casa?**
   A) Cubrir el cordón con una faja para protegerlo.
   B) Limpiar el cordón con alcohol varias veces al día hasta que caiga.
   X C) Mantener el cordón limpio y seco, dejando que caiga solo.
   D) Aplicar talcos o cremas para acelerar su caída.

3. **¿Cuál de las siguientes acciones es recomendada para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante?**
   A) Colocar al bebé boca abajo al dormir.
   B) Dormirlo de lado con almohadas.
   X C) Dormirlo boca arriba sobre un colchón firme.
   D) Compartir la cama con los padres.

4. **¿Cuándo se recomienda iniciar la lactancia materna exclusiva en el recién nacido?**
   A) Después del primer baño.
   X B) En las primeras 24 horas de vida.
   C) Después de que caiga el cordón umbilical.
   D) Inmediatamente después del primer mes de vida.

5. **Si un recién nacido presenta fiebre en casa, ¿qué debe hacer el cuidador?**
   A) Bañarlo con agua fría.
   B) Administrarle medicamentos sin consultar.
   X C) Llevarlo inmediatamente a urgencias.
   D) Esperar a que la fiebre pase sola.

6. **Cuáles son los Beneficios de la Lactancia materna**

   X A. Contiene Nutrientes y protege contra enfermedades
   B. Daña el cuerpo
   C. Produce Flacidez en los senos
   D. Crea vínculo Afectivo madre e hijo
   X E. A y d son verdaderas

7. **Cuáles son los Signos de Buen Agarre del seno**
   A. Presencia de dolor
   B. Labios doblados hacia afuera,
   C. Nariz y mentón tocando el seno
   D. Solo debe succionar la punta del pezón
   X E. B y c son ciertas

Powered by CamScanner

POST TEST DE CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

NOMBRE Maria Alejandra Gonzalez Medina

1. **¿Cuál de los siguientes cuidados es fundamental durante el baño del recién nacido en casa?**
   A) Bañarlo con agua fría para estimular su sistema inmune.
   B) Bañarlo todos los días con abundante jabón antibacterial.
   C) Bañarlo con agua tibia y jabón neutro, evitando corrientes de aire.
   D) Frotar vigorosamente su piel para eliminar el vérnix caseosa.

2. **¿Cuál es la mejor práctica para el cuidado del cordón umbilical en casa?**
   A) Cubrir el cordón con una faja para protegerlo.
   B) Limpiar el cordón con alcohol varias veces al día hasta que caiga.
   C) Mantener el cordón limpio y seco, dejando que caiga solo.
   D) Aplicar talcos o cremas para acelerar su caída.

3. **¿Cuál de las siguientes acciones es recomendada para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante?**
   A) Colocar al bebé boca abajo al dormir.
   B) Dormirlo de lado con almohadas.
   C) Dormirlo boca arriba sobre un colchón firme.
   D) Compartir la cama con los padres.

4. **¿Cuándo se recomienda iniciar la lactancia materna exclusiva en el recién nacido?**
   A) Después del primer baño.
   B) En las primeras 24 horas de vida.
   C) Después de que caiga el cordón umbilical.
   D) Inmediatamente después del primer mes de vida.

5. **Si un recién nacido presenta fiebre en casa, ¿qué debe hacer el cuidador?**
   A) Bañarlo con agua fría.
   B) Administrarle medicamentos sin consultar.
   C) Llevarlo inmediatamente a urgencias.
   D) Esperar a que la fiebre pase sola.

6. **Cuáles son los Beneficios de la Lactancia materna**
   A. Contiene Nutrientes y protege contra enfermedades
   B. Daña el cuerpo
   C. Produce Flacidez en los senos
   D. Crea vínculo Afectivo madre e hijo
   E. A y d son verdaderas

7. **Cuáles son los Signos de Buen Agarre del seno**
   A. Presencia de dolor
   B. Labios doblados hacia afuera,
   C. Nariz y mentón tocando el seno
   D. Solo debe succionar la punta del pezón
   E. B y c son ciertas

Powered by CamScanner

POST TEST DE CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

NOMBRE Luisa Fernanda Galeano Mendez

1. **¿Cuál de los siguientes cuidados es fundamental durante el baño del recién nacido en casa?**
   A) Bañarlo con agua fría para estimular su sistema inmune.
   B) Bañarlo todos los días con abundante jabón antibacterial.
   C) Bañarlo con agua tibia y jabón neutro, evitando corrientes de aire.
   D) Frotar vigorosamente su piel para eliminar el vérnix caseosa.

2. **¿Cuál es la mejor práctica para el cuidado del cordón umbilical en casa?**
   A) Cubrir el cordón con una faja para protegerlo.
   B) Limpiar el cordón con alcohol varias veces al día hasta que caiga.
   C) Mantener el cordón limpio y seco, dejando que caiga solo.
   D) Aplicar talcos o cremas para acelerar su caída.

3. **¿Cuál de las siguientes acciones es recomendada para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante?**
   A) Colocar al bebé boca abajo al dormir.
   B) Dormirlo de lado con almohadas.
   C) Dormirlo boca arriba sobre un colchón firme.
   D) Compartir la cama con los padres.

4. **¿Cuándo se recomienda iniciar la lactancia materna exclusiva en el recién nacido?**
   A) Después del primer baño.
   B) En las primeras 24 horas de vida.
   C) Después de que caiga el cordón umbilical.
   D) Inmediatamente después del primer mes de vida.

5. **Si un recién nacido presenta fiebre en casa, ¿qué debe hacer el cuidador?**
   A) Bañarlo con agua fría.
   B) Administrarle medicamentos sin consultar.
   C) Llevarlo inmediatamente a urgencias.
   D) Esperar a que la fiebre pase sola.

6. **Cuáles son los Beneficios de la Lactancia materna**
   A. Contiene Nutrientes y protege contra enfermedades
   B. Daña el cuerpo
   C. Produce Flacidez en los senos
   D. Crea vínculo Afectivo madre e hijo
   E. A y d son verdaderas

7. **Cuáles son los Signos de Buen Agarre del seno**
   A. Presencia de dolor
   B. Labios doblados hacia afuera,
   C. Nariz y mentón tocando el seno
   D. Solo debe succionar la punta del pezón
   E. B y c son ciertas

Powered by CamScanner





SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIEN NACIDO





LACTANCIA MATERNA



La OMS y UNICEF recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad a libre demanda y, que hasta los 2 años se alimenten con una combinación de la misma con alimentos adecuados y nutritivos para su edad.

Secretaría de Salud

OLGA MARCELA SEGURA
ENFERMERA

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LACTAR A MI BEBÉ?

1. 
Protege de enfermedades prevalentes en la infancia: diarrea, alergias, asma e infecciones respiratorias.

2. La leche materna tiene los líquidos, electrolitos y nutrientes necesarios.



3. Favorece el desarrollo emocional e intelectual.

4. 
Disminuye el riesgo de desnutrición.

5. Crea un vínculo afectivo entre madre-bebé



6. 
Contribuye a la recuperación de peso inicial de la madre

7. ¡ES GRATIS!

QUÉ CONTIENE LA LECHE MATERNA?



¿SABÍAS QUE EXISTEN TIPOS DE LECHE MATERNA?

CALOSTRO



Secretada los primeros 2 a 4 días

Concentrada en alto poder nutritivo, rica en proteínas y alto contenido en anticuerpos

LECHE DE TRANSICIÓN



Secretada después del día 4 o 5 hasta el 15

Mayor contenido de grasas, vitaminas y lactosa

LECHE MADURA



Secretada después de la semana 2 y 4

Aporta todos los nutrientes y calorías para el desarrollo

TIPS DE LACTANCIA MATERNA

SIGNOS DE BUEN AGARRE



- La boca de tu bebé está totalmente abierta
- Tiene agarrada areola y pezón
- El labio inferior está doblado hacia afuera
- Su mentón está tocando el seno
- ¡No hay dolor en el pezón!

¿TENDRÁ HAMRE MI BEBÉ?

SEÑALES TEMPRANAS "TENGO HAMBRE"



- Se agita
- Abre la boca
- Mueve la cabeza

SEÑALES INTERMEDIAS "TENGO MUCHA HAMBRE"

- Se estira
- Se mueve más
- Mano a la boca



SEÑALES TARDÍAS "CÁLMAME, LUEGO DAME DE COMER"



- Llora
- Agita todo el cuerpo
- Se pone roja

Lorem Ipsum is simply dummy text of the printing and typesetting industry. Lorem Ipsum has been the industry's standard dummy text ever since the 1500s, when an unknown printer took a galley of type and scrambled it to make a type specimen book. It has survived not only five centuries, but also the leap into electronic typesetting.

TALLER DE LACTANCIA

Información y orientación

- Introducción
- Beneficios
- Apoyo





Lorem Ipsum is simply dummy text of the printing and typesetting industry. Lorem Ipsum has been the industry's standard dummy text ever since the 1500s, when an unknown printer took a galley of type and scrambled it to make a type specimen book. It has survived not only five centuries, but also the leap into electronic typesetting, remaining essentially unchanged.

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
Unidos por su Salud	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Ana Maria Sosa Nova

FECHA DE LA ACTIVIDAD: 06 de Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Tema Educativo Prevencion EDA - IRA

LUGAR: IE Bojaca

DIRECCION: Vereda Bojaca - Sector el Peñon

TELEFONO: 3015015755

CORREO: i.e.d.o i.e.bojaca@hia.gov.co

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A -28	29 a 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	-	-	-	4	6	-	-	-	-	10
M	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Total	-	-	-	4	7	-	-	-	-	11

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Shirley Patricia Ospina Portalis

CARGO: Auxiliar Odontologa.

FIRMA: Ospina Portalis

IDENTIFICACION: 22478669

ACTIVIDADES REALIZADAS: Taller Informativo sobre Prevencion de Enfermedades Respiratorias y Enfermedades Diarreicas

FIRMA EJECUTOR: Ana Maria Sosa

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

TALLER PREVENCION DE IRA- EDA





SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN REGISTRO DE ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS – PIC
(Caracterización Poblacional)
Código: M-GAMB-PYD-F-007 Versión 2

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL

FECHA	6/02/2026	HORA INICIO	7:00	HORA FINAL	9:00	TIPO DE EVENTO	TALLER		
PROCESO	GESTIÒN EN SALUD PÙBLICA			DEPENDENCIA	SALUD PÙBLICA		NOMBRE DE ENTIDAD/	IE BOJACA	
SPONSABLE EVE	OLGA MARCELA SEGURA			NOMBRE DEL EVENTO / TEM	PREVENCION DE ENFERMEDAD DIARREICA Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA		DIRECCIÓN	VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO	

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO al Hospital San Antonio de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por el Hospital de Chía de la Política de Protección de Datos Personales.

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD en años	SEXO	ORIENTACIÓN	ETNIA	VEREDA DE VIVIENDA	TIPO DE ASEGURAMIEN	TELÉFONO	EPS
1	LUIS	GABRIEL	QUINTERO	DUARTE	1072655537	36	HOMBRE	Heterosexual		FUERA DE CHIA	CONTRIBUTIVO	3133482796	SANITAS
2	ELIANA	ALEJANDRA	CASTILLO	OLIVEROS	1078100156	39	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	SUBSIDIADO	3203824190	SANITAS
3	VIVIANA	ANREA	COPETE	PINZON	1015450283	37	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	SUBSIDIADO	3106638903	SALUD TOTAL
4	YOSELIN	ALIAN	PINEDA		1104431832	29	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	CONTRIBUTIVO	3223400108	SALUD TOTAL
5	ANADIS		NAVARRO	LAGUNA	1006825986	23	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	SUBSIDIADO	3008084021	NUEVA EPS
6	SIXTA	MARCELA	MASS	YAÑEZ	1067287330	35	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	CONTRIBUTIVO	3103439136	SANITAS
7	KAREN	DAYANA	FLORES	BARAJAS	10077673688	25	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	SUBSIDIADO	3128384853	COOSALUD
8	OLGA		QUINAYAS	QUINAYAS	1002975454	24	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	CONTRIBUTIVO	3113396350	SANITAS
9	JORNELLYS		VILLALOBOS	OTERO	1002129481	27	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	SUBSIDIADO	3042391181	CAJACOPI
10	FLOR	ANGELICA	GUEVARA	BULLA	1072642087	38	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	SUBSIDIADO	3130155225	SALUD TOTAL
11	ANDREA	JOHANA	PORTILLO	MELO	1086136582	33	MUJER	Heterosexual		BOJACÁ	CONTRIBUTIVO	3213107227	SANITAS
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													

40													
41													
42													
43													

Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 8 de febrero de 2026 a las 5:28 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

MELISSA COGUA

MOTIVO VISITA *

TENSIONES NO CONTROLADAS

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ELENA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

CAMERO

SEGUNDO APELLIDO

DE FUENTES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20317699

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

10 / 01 / 1940

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

NUEVA EPS

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION, DIABETES, EPOC, LESION TENDON DE AQUILES

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [x] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [x] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros:

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3115961461

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO, DEPOSITO DE HUEVOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

47 AÑOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO CARDIOVASCULAR, METABOLICO,

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

EN EL MOMENTO DE LA VISITA SE ENCUENTRA TA DE 162-74, SAT 82%, PESO 67KG , TALLA 156, PA 108, PACIENTE MANIFIESTA ESTAR TOMANDO MEDICAMENTOS SEGUN ORDEN MEDICA, SIN EMBARGO NO ESTA LLEVANDO UN PATRON ADECUADO DE ALIMENTACION TENIENDO EN CUENTA PATOLOGIAS DE BASE, POR LO CUAL SE SUGIERE IMPLEMENTAR ALIMENTACION BALANCEADA, BAJA EN SODIO, CERO ULTRAPROCESADOS, SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR ACTIVIDAD FISICA SEGUN CAPACIDAD. CONTINUAR CON CONTROLES MEDICOS, SE REMITE A VALORACION POR MEDICINA GENERAL, TERAPIA RESPIRATORIA Y FISIOTERAPEUTA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

Consumir una dieta equilibrada, Tener una higiene personal (incluida la higiene bucal) adecuada, Tener un patrón y una calidad de sueño óptimo, Realizar actividad física, Evitar hábitos tóxicos: Mantener siempre una actitud positiva, evitar el estrés innecesario. Importancia de la asistencia a valoraciones médicas, odontológicas y de optometría según ciclo de vida y comorbilidades, adherencia y cumplimiento de tratamiento medicamentoso y recomendaciones médicas, Aplicación de Vacunas

FAMILIARES *

Modelar y fomentar comportamientos saludables, brindar apoyo emocional y escuchar las necesidades de los miembros de la familia, brindar cuidados a los miembros de la familia enfermos, ayudar al manejo de la medicación, acompañar a citas médicas, fomentar conciencia sobre la importancia de la salud y el bienestar, mantener entornos seguros, limpios y saludables, prevenir enfermedades.

INSTITUCIONALES *

asistir a los controles médicos por el programa de crónicos, valoracion y seguimiento multidisciplinar

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

156

Peso

67

Frecuencia respiratoria

14

Frecuencia cardiaca

72

Saturación de oxigeno

82

Tensión arterial

162-74

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

108

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

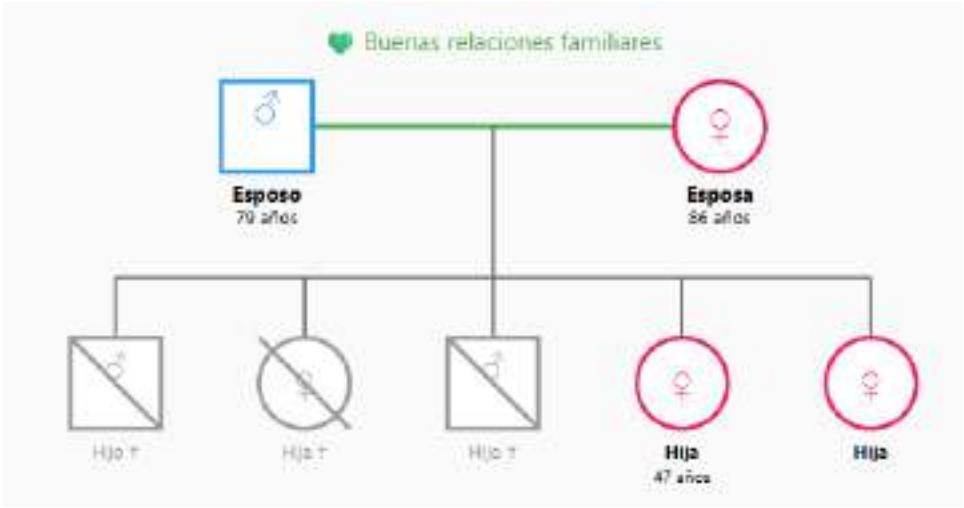
1. ELENA CAMERO DE FUENTES - olga segura.pdf

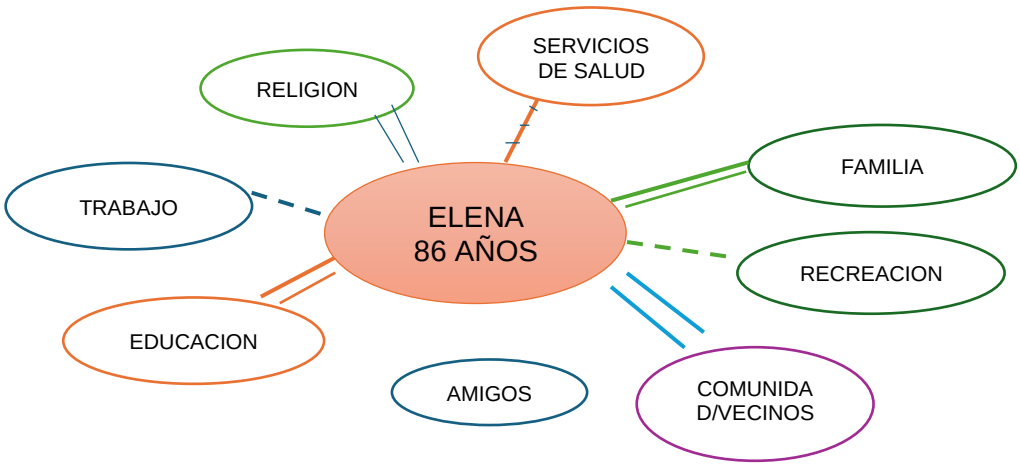
Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

ELENA CAMERO DE FUENTES

86 AÑOS
CC 20317699
NUEVA EPS -C
CEL 3115961461
SECTOR EL POZO





ECOMAPA



Gmail

olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 12:31 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

MELISSA COGUA

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

SARA

SEGUNDO NOMBRE

LUCIA

PRIMER APELLIDO *

FUENTES

SEGUNDO APELLIDO

CAMERO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35479880

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

04 / 07 / 1978

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

.....

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTTENSION- DIABETES

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [x] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [x] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3114409672

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, DONDE QUEDA EL DEPOSITO DE HUEVOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

13 AÑOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

Ulimo control medico hace en diciembre de 2025
Ultimo control odontológico hace 1 año
Ultimo control de optometría hace mas de 1 año
Realiza actividad física: NO
Considera que su alimentación es balanceada incluye frutas y verduras: SI
Le han realizado examen de somf.: NA
Ultima citología o vph: Aproximadamente 1 año con resultados negativos
Ultima mamografía: no se ha realizado aun
Se realiza autoexamen de seno: si
Planifica con: mirena
Consume Algun tipo de sustancia psicoactiva: NO
Presenta algun trastorno de salud mental: NO, sin embargo su estado emocional a estado muy cambiante debido a la perdidad de familiares
Presenta algun trastorno del sueño: NO
Vacuna covid: 3 Dosis
Vacuna influenza: NO
Tratamiento: Amlodipino, valsartan, hidroclorotiazida, Galvust- met
Antecedentes familiares: mama hipertensa y diabética, papa hipertensa
Es victima de conflicto armado o desplazamiento: NO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

se orienta en importancia de continuar con adherencia medica para lograr controlar la enfermedad y evitar complicaciones, se recomienda solicitar en próximo control de crónicos orden para valoración de oftalmología, modificar patrón alimenticio, llevar dieta adecuada y balanceada, se recomienda implementar actividad física según tolerancia teniendo en cuenta que se encuentra con un IMC DE 35.3 es decir esta en obesidad grado II.

FAMILIARES *

Modelar y fomentar comportamientos saludables, brindar apoyo emocional y escuchar las necesidades de los miembros de la familia, r, mantener entornos seguros, limpios y saludables, prevenir enfermedades.

INSTITUCIONALES *

CONTROL POR PROGRAMA CRONICOS, SEGUIMIENTO RUTA MANTENIMIENTO DE LA SALUD, Y RUTA 2 DE GRUPOS POBLACIONALES

Observaciones / hallazgos encontrados

Se remite valoración por psicología por labilidad emocional, medico general y nutrición

Talla

159

Peso

86

Frecuencia respiratoria

16

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

135-87

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

111

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

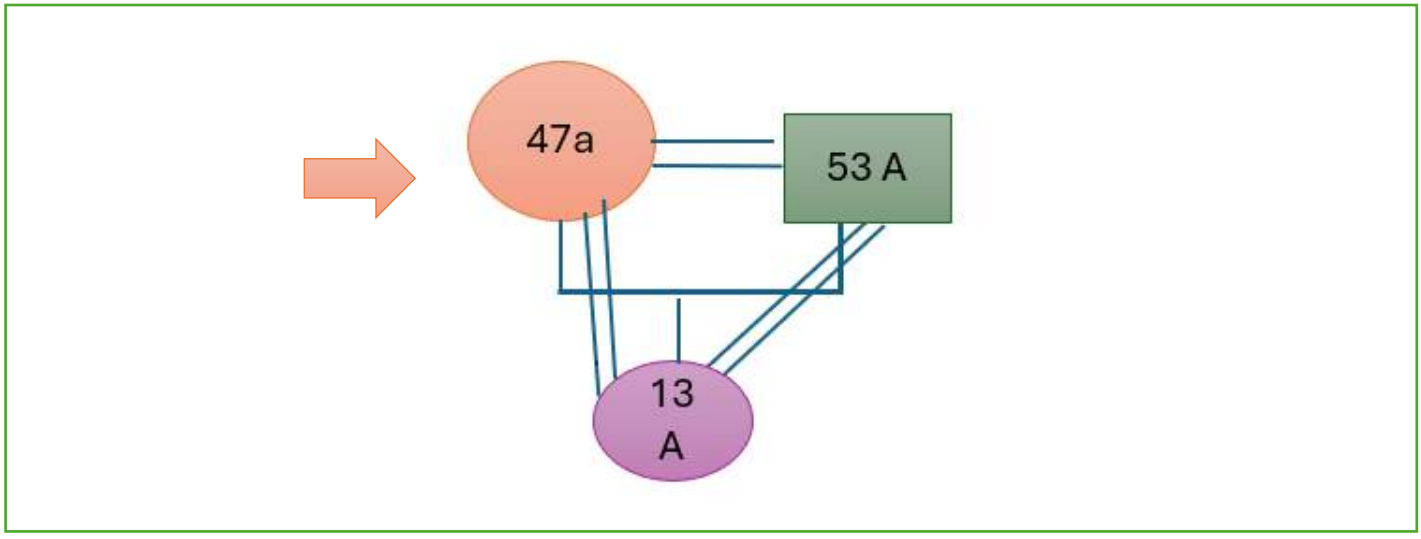
2. SARA LUCIA FUENTES CAMERO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

SARA LUCIA FUENTES CAMERO

47 AÑOS
CC 35479880
COMPENSAR -C
CEL 3114409672
SECTOR EL POZO





ECOMAPA



Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 3 de febrero de 2026 a las 9:06 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

LAURA PATRICIA BERNAL

MOTIVO VISITA

SEGUIMIENTO CRISIS HIPERTENSIVA

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARISOL

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

SALINAS

SEGUNDO APELLIDO

CARDENAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35477217

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

24 / 06 / 1974

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sura

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Sura

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud:

HIPERTENSION, ANTECEDENTE DE ACV 7 AÑOS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros:

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO

- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [x] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3151480585

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, ENTRADA DEPOSITO DE HUEVOS INQUILINATO MANO DERECHA FACHADA ROJA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES

EN EL MOMENTO DE LA VISITA SE ENCUENTRA PACIENTE EN CRISIS HIPERTENSIVA, SIN CONTROLES POR PROGRAMA DE CRONICOS, EMOCIONALMENTE LABIL POR SITUACION DE SALUD DE LA PAREJA, SE INFORMA SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS Y SE GESTIONA CITA DE CONTROL EN IPS PARA EL DIA 04 -02-2026 6:20 AM

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES

SE RECOMIENDA CONSUMIR DIETA BAJA EN SODIO, IMPLEMENTAR ACTIVIDAD FISICA, SE INFORMA IMPORTANCIA DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y CONTROLES MEDICOS POR PROGRAMA DE CRONICOS, SE INFORMA SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS, SE RECOMIENDA MANTENER LA CALMA PARA REDUCIR LA ANSIEDAD

FAMILIARES

- ◯ Opción 1

INSTITUCIONALES

SE SOLICITA CITA DE CONTROL EN IPS, SE SUGIERE SOLICITAR ORDENES PARA PRUEBAS DE TAMIZAJE DE DETECCION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF *

Archivos enviados

MARISOL SALINAS CARDENAS - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

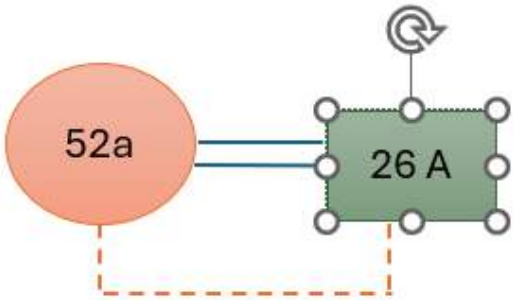
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

MARISOL SALINAS CARDENAS

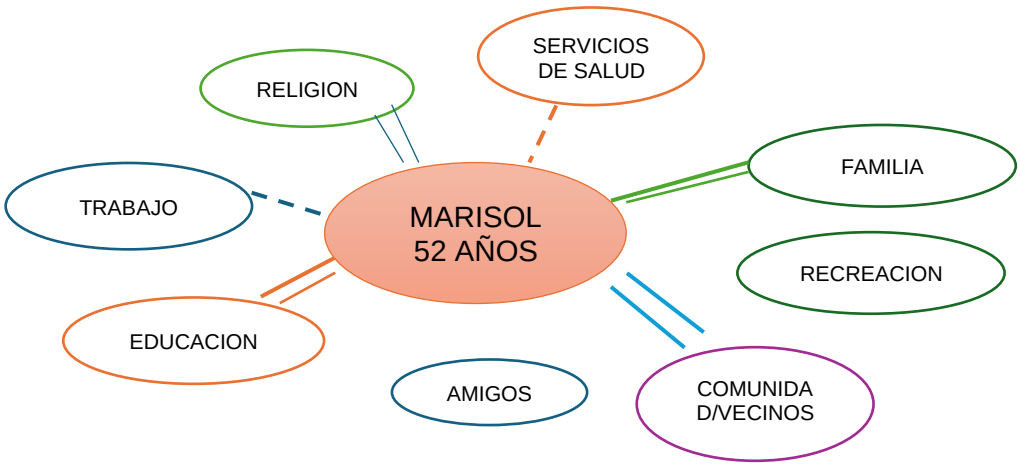
52 AÑOS
CC 35477217
SURA -C
CEL 3151480585
SECTOR EL POZO

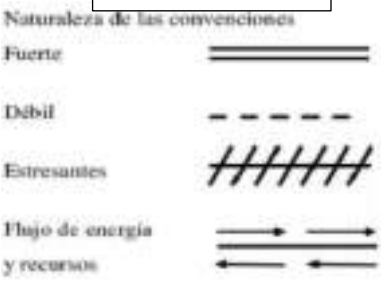


FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 12 de febrero de 2026 a las 8:20 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

LAURA BERNAL

MOTIVO VISITA *

TENSION NO CONTROLADA, QUEMAURAS EN MII POR ACCIDENTE,

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

03 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JORGE

SEGUNDO NOMBRE

ADALBERTO

PRIMER APELLIDO *

PEREZ

SEGUNDO APELLIDO

GARCES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

6866809

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

21 / 04 / 1945

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PUNTO DE ATENCION LORICA CORDOBA

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION, INSUFICIENCIA VENOSA, ANTECEDENTE DE CA DE PROSTATA?, QUEMADURAS EN MII

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA

- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Otros: ALTERACION VASCULAR

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3246421139

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO ENTRADA QUE QUEDA EN SEGUIDA DEL DEPOSITO DE HUEVOS, ULTIMA CASA DE 2 PISOS A MANO DERECHA, FACHADA ROJA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

60

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO CARDIOVASCULAR, ALTERACION DE LA MOVILIDAD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

Ulimo control medico por programa crónicos mas de 2 años, asiste al servicio de urgencias
Ultimo control odontológico mas de un año
Ultimo control de optometría hace mas de un año
NO Realiza actividad física
Considera que su alimentación es balanceada incluye frutas y verduras: en ocasiones
Ultimo control de antígeno prostatico: no aplica para la edad
Ultimo examen de somf: no aplica para la edad
Presenta algun trastorno de salud mental: ninguno
Presenta algun trastorno del sueño; ninguno
Consume Spa: No
Vacuna covid 3 dosis
Vacuna influenza: si 1 año
Tratamiento: losartan 50 mg vo día y amlodipino 5 mg vo dia
Antecedentes filiares: No recuerda

Es victima de conflicto armado o desplazamiento: No
en el momento se encuentran cifras tensionales no controladas, se observa lesiones por quemaduras en mii sin signos de infeccion,

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

se orienta en importancia de tomar el medicamento según indicación medica, debe establecer rutinas diarias claras para facilitar la adherencia a medicamentos, se recomienda establecer horarios fijos para la toma de los mismos, usar pastilleros organizadores y calendarios visuales para evitar errores en la toma de medicación. En cuanto al cuidado de la piel se recomienda realizar baño general todos los días con agua y jabón únicamente y aplicar hidratación a la piel, se recomienda realizar ejercicios pasivos en miembros inferiores para favorecer el retorno venoso.

FAMILIARES *

se orienta a la hija en proceso para realizar traslado de punto de atención ya que actualmente se encuentra en lorica Córdoba. brindar cuidados y apoyo en el manejo de las lesiones de piel , ayudar al manejo de la medicación, acompañar a citas médicas, fomentar conciencia sobre la importancia de la salud y el bienestar, mantener entornos seguros, limpios y saludables, prevenir enfermedades.

INSTITUCIONALES *

participacion en el programa de adulto mayor, aseguramiento para proceso de traslado

Observaciones / hallazgos encontrados

se remite a valoracion por medicina general, psicologia y terapia respiratoria

Talla

165

Peso

Frecuencia respiratoria

12

Frecuencia cardiaca

73

Saturación de oxigeno

88

Tensión arterial

144-82

Perímetro braquial

na

Perímetro abdominal

94

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

4. JORGE ADALBERTO PEREZ GARCES - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

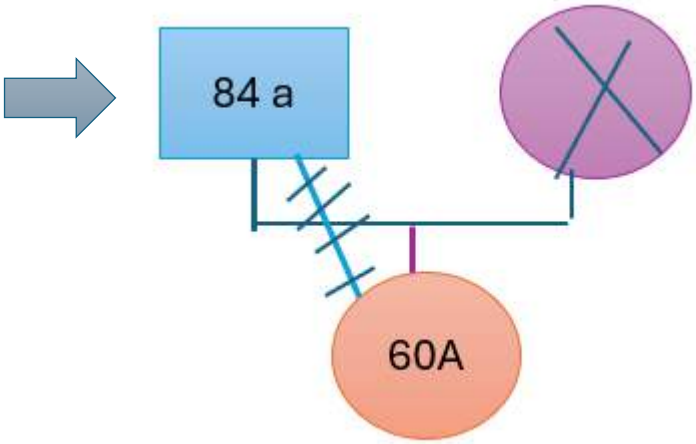
Unidos por su Salud

JORGE ADALBERTO CAMERO GARCES

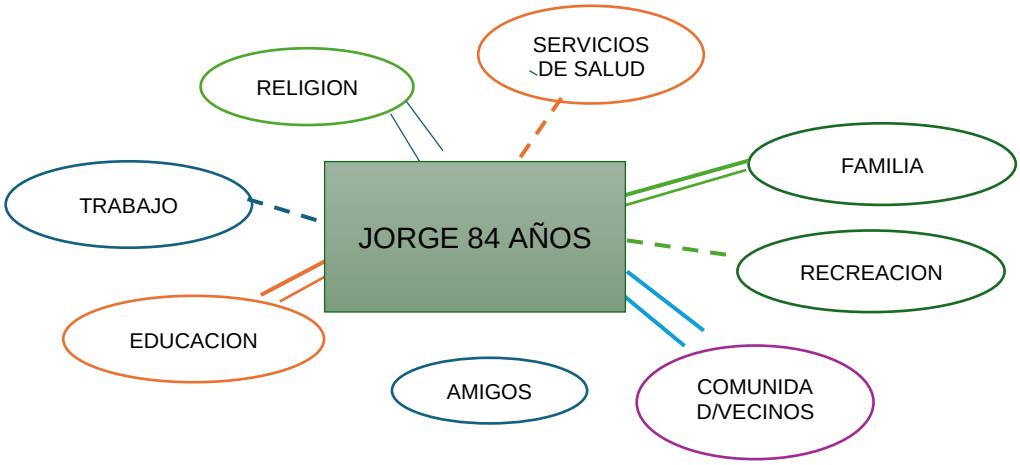
84AÑOS
CC 6866809
NUEVA EPS – S

CEL 3246421139
SECTOR EL POZO





ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 12 de febrero de 2026 a las 9:00 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

LAURA BERNAL

MOTIVO VISITA *

PERSONA SIN ASEGURAMIENTO SIN NINGUN TIPO DE CONTROL

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

03 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ADALUZ

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

PEREZ

SEGUNDO APELLIDO

BENITEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

30656896

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

04 / 05 / 1965

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

RETIRADO

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3246421139

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO POR LA ENTRADA DEL DEPOSITO DE HUEVOS ULTIMA CASA DE DOS PISOS FACHADA ROJA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

33 AÑOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO DE ALTERACION DE LA SALUD, SIN PROCESO DE AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD ACTIVO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

Controles médicos periódicos según ciclo vital o riesgo: SI____NO__X__ Fecha de ultimo control: _____ Controles odontológicos: SI_X___NO_____ Fecha de ultimo control _1 AÑO____Control de optometría SI____NO_X___ Fecha de ultimo control _____Realiza actividad fisca: SI ____ NO__X__ Observación: _____ Alimentación saludable: SI__X__ NO_____ Consumo de frutas y verduras SI__X__ NO _____ Citologías: SI____NO __ NA_X___ADN VPH: SI____NO X___ NA___ Fecha de examen _____ Mamografía: SI____NO _X__ NA___Fecha de examen_____Autoexamen de Seno SI__X__NO ____ PSA SI____NO ____ NA____ Fecha de Examen_____ SOMF SI____NO _X____ Na___ Fecha de examen: _____Planificación: SI____NO __X__ Cual: _____ _____Salud mental: presenta alguna enfermedad en salud mental SI____NO_X___ Cual _____recibe tratamiento SI____NO____ Vacunas: COVID SI_X___NO____ Dosis__2__ Influenza SI____NO____ Consumo de spa SI_____NO_X____ Tratamiento: ___NINGUNO_ Antecedentes familiares: PAPA HIPERTENSO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

CONSUMIR UNA DIETA EQUILIBRADA, TENER UNA HIGIENE PERSONAL (INCLUIDA LA HIGIENE BUCAL) ADECUADA, TENER UN PATRÓN Y UNA CALIDAD DE SUEÑO ÓPTIMO, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, EVITAR HÁBITOS TÓXICOS: MANTENER SIEMPRE UNA ACTITUD POSITIVA, EVITAR EL ESTRÉS INNECESARIO. IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA A VALORACIONES MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE OPTOMETRÍA SEGÚN CICLO DE VIDA Y COMORBILIDADES, ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO Y RECOMENDACIONES MÉDICAS, SE RECOMIENDA REALIZAR PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER SEGÚN CICLOS DE VIDA , APLICACIÓN DE VACUNAS , ASESORÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

FAMILIARES *

FOMENTAR CONCIENCIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD Y EL BIENESTAR, MANTENER ENTORNOS SEGUROS, LIMPIOS Y SALUDABLES, PREVENIR ENFERMEDADES.

INSTITUCIONALES *

OFICINA DE SISBEN, EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA SIN CONTROLES MEDICOS, ODONTOLOGICOS Y DE OPTOMETRIA, ACTUALMENTE SIN AFILIACION ACTIVA A SISTEMA DE SALUD

Talla

155

Peso

58 KG

Frecuencia respiratoria

16

Frecuencia cardiaca

65

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

104-69

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

89

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

5.1 ADALUZ PEREZ BENITEZ ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google
¿El formulario parece sospechoso? Informe

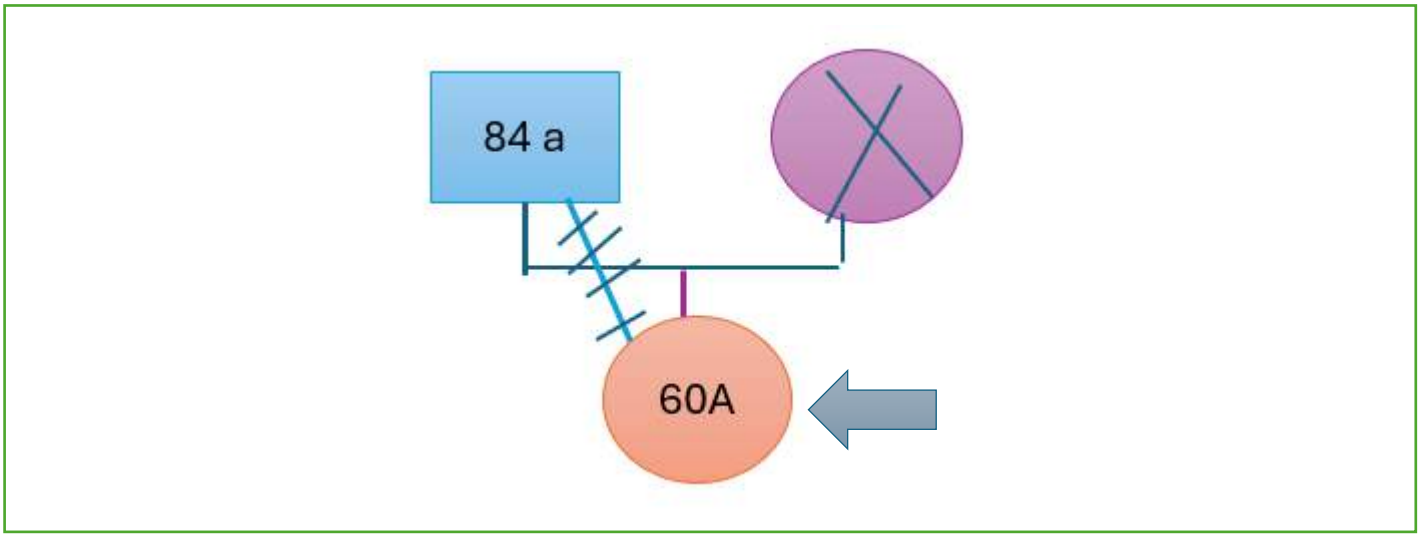
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

ADALUZ PEREZ BENITEZ

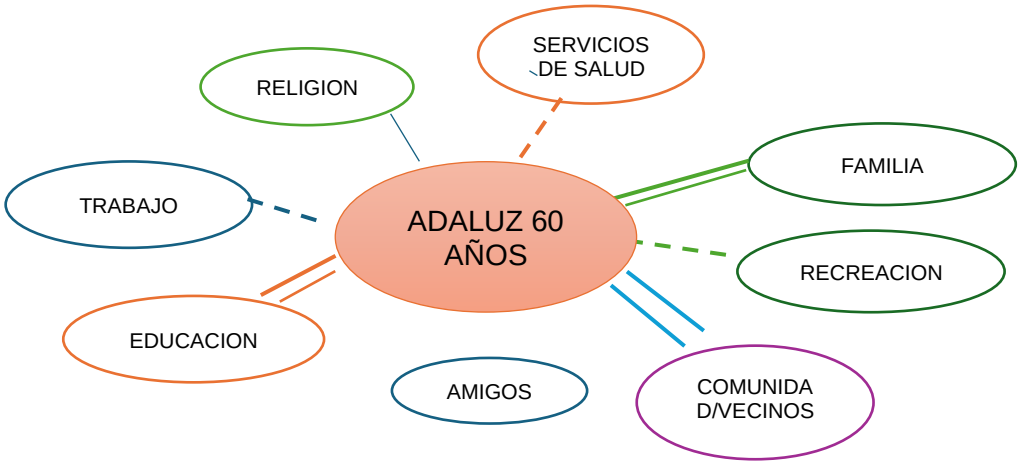
60 AÑOS
CC 30656896
SIN ASEGURAMIENTO

CEL 3246421139
SECTOR EL POZO





ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 12 de febrero de 2026 a las 9:24 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

LAURA PATRICIA BERAL

MOTIVO VISITA *

USUARIA SIN CONTROLES MEDICOS

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

03 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

KARLA

SEGUNDO NOMBRE

MARIA

PRIMER APELLIDO *

ELLES

SEGUNDO APELLIDO

GIL

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

45400591

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

03 / 06 / 1982

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

[Texto citado oculto]

TELEFONO DE CONTACTO *

3213024519

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, ENTRADA DEL DEPOSITO DE HUEVOS, ULTIMA CASA DE DOS PISOS A MANO DERECHA FACHADA ROJA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

27-26-19-10- Y 5

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO DE ALTERACION EN LA SALUD, SERVICIO ACTIVO DE SALUD SIN TRASLADO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI____NO__X__
FECHA DE ULTIMO CONTROL: _____
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI____NO___X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL _____
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI____NO_X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL _____
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI ____ NO__X__ OBSERVACIÓN:
_____
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI____ NO___X__
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI__X__ NO _____
CITOLOGÍAS: SI____NO __ NA_X___ADN VPH: SI____NO X___ NA___ FECHA DE EXAMEN _____
MAMOGRAFÍA: SI____NO ___ NA__X_FECHA DE EXAMEN_____AUTOEXAMEN DE SENO SI____NO _X___
PSA SI____NO ____ NA____ FECHA DE EXAMEN_____
SOMF SI____NO _____ NA_X__ FECHA DE EXAMEN: _____
PLANIFICACIÓN: SI_X___NO ____ CUAL: __IMPLANTE SUB DERMICO_____
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL SI____NO_X___ CUAL _____RECIBE TRATAMIENTO SI____NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS__3__ INFLUENZA SI____NO__X__
CONSUMO DE SPA SI_____NO_X____
TRATAMIENTO: ___NINGUNO
ANTECEDENTES FAMILIARES: MAMA HIPERTENSA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

CONSUMIR UNA DIETA EQUILIBRADA SEGUN POSIBILIDAD, TENER UN PATRÓN Y UNA CALIDAD DE SUEÑO ÓPTIMO, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, EVITAR HÁBITOS TÓXICOS: MANTENER SIEMPRE UNA ACTITUD POSITIVA, EVITAR EL ESTRÉS INNECESARIO. IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA A VALORACIONES MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE OPTOMETRÍA SEGÚN CICLO DE VIDA Y COMORBILIDADES, SE RECOMIENDA REALIZAR PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER SEGÚN CICLOS DE VIDA , APLICACIÓN DE VACUNAS , ASESORÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. SE ORIENTA EN PROCESO DE GESTION DE PROCESO DE TRASLADO PUNTO DE ATENSION IPS.

FAMILIARES *

ESCUCHAR LAS NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, BRINDAR CUIDADOS A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA ENFERMOS,FOMENTAR CONCIENCIA

SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD Y EL BIENESTAR, MANTENER ENTORNOS SEGUROS, LIMPIOS Y SALUDABLES, PREVENIR ENFERMEDADES

INSTITUCIONALES *

ASISTENCIA Y CONTROL POR RURA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO, ASEGURAMIENTO PARA APOYO EN PROCESO Y GESTIOS DE TRASLADO DE IPS

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA CON ASEGURAMIENTO IPS ACTIVA EN HATILLO DE LOBA EN EL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR

Talla

165

Peso

70

Frecuencia respiratoria

14

Frecuencia cardiaca

81

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

124-76

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

95

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

6.1 KARLA MARIA ELLES GIL - olga segura.pdf

[Texto citado oculto]

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

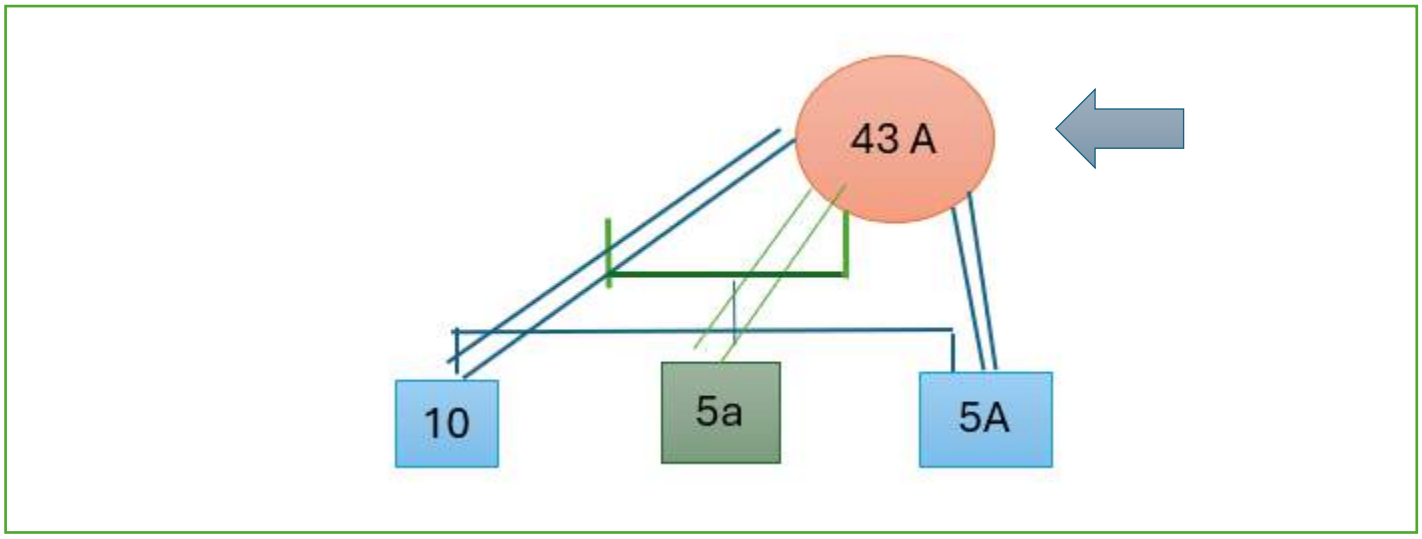
Unidos por su Salud

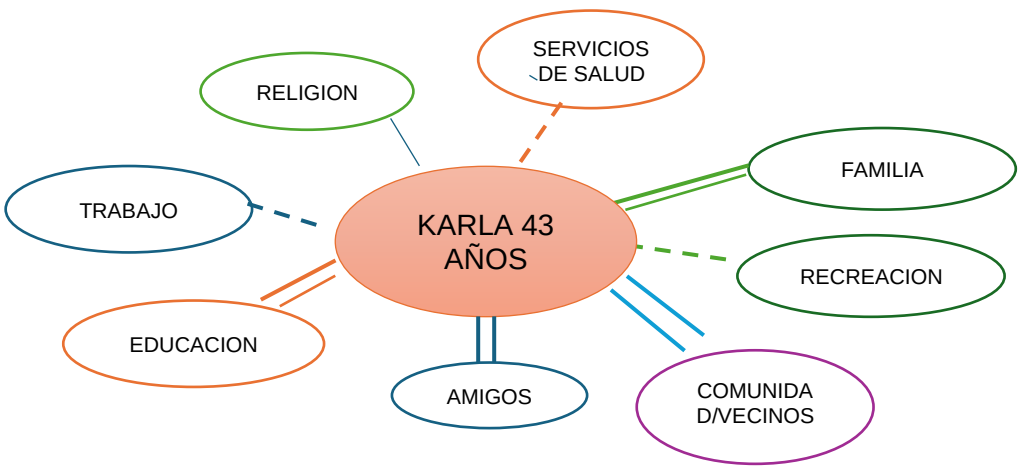
KARLA MARIA ELLES GIL

43AÑOS
CC 45400591
MUTUAL SER -S

CEL 3213024519
SECTOR EL POZO







ECOMAPA



Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de febrero de 2026 a las 8:40 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

LAURA BERNAL

MOTIVO VISITA *

MENOR SIN CONTROLES MEDICOS

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

03 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JUAN

SEGUNDO NOMBRE

ANDRES

PRIMER APELLIDO *

ELLES

SEGUNDO APELLIDO

GIL

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1073488458

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2020

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

KARLA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MARIA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ELLES

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

GIL

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3213024519

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

APARECE RETIRADO AFILIACION EN HATILLO DE LOBA- BOLIVAR

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros:

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3213024519

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

ENTRADA DEPOSITO DE HUEVOS, ULTIMA CASA DE 2 PISOS MANO DERECHA, FACHADA ROJA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA, HERMANOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO DE ALTERACION DE LA SALUD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE IDENTIFICA MENOR DE 5 AÑOS QUE NO HA ASISTIDO A CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO NI CUENTA CON SEGUIMIENTO MÉDICO REGULAR. LA FAMILIA REFIERE BARRERAS DE ACCESO RELACIONADAS CON DESCONOCIMIENTO DE RUTAS Y DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS EN EPS. A LA VALORACION SE OBSERVA MENOR EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ADEACUADA HIGIENE PERSONAL, ADECUADA INTERACCION SOCIAL, ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ESTUSDIANDO EN TRANSICION. SEGUN PESO Y TALLA REGISTRADA SE EVIDENCIA UN RIESGO DE RETRASO EN LA TALLA, Y EL INDICE DE MASA CORPORAL UN RIESGO DE DELGADEZ

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

DIETA VARIADA Y EQUILIBRADA, RICA EN FRUTAS, VERDURAS, PROTEÍNAS Y GRANOS INTEGRALES, EVITAR ALIMENTOS PROCESADOS, BEBIDAS AZUCARADAS Y GRASAS SATURADAS. ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR Y VARIADA, COMO JUEGOS, DEPORTES Y CAMINATAS. DISMINUIR EL TIEMPO DE ACTIVIDADES SEDENTARIAS COMO VER TELEVISIÓN O USAR DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS. ASEGURAR UN SUEÑO REPARADOR, CREAR UNA RUTINA DE SUEÑO RELAJANTE ANTES DE DORMIR. LAVAR LAS MANOS CON FRECUENCIA, ESPECIALMENTE ANTES DE COMER Y DESPUÉS DE IR AL BAÑO. EVITAR EXPOSICION A CONTAMINANTES. APLICAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

FAMILIARES *

MANTENER AL DÍA EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. LLEVAR A LOS NIÑOS A CONTROLES MÉDICOS REGULARES CON EL PEDIATRA PARA EVALUAR SU DESARROLLO Y DETECTAR CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD. ASEGURAR QUE LOS NIÑOS ESTÉN SEGUROS EN SU ENTORNO, TANTO EN CASA COMO EN LA ESCUELA Y EN LA COMUNIDAD. CREAR UN AMBIENTE FAMILIAR SEGURO, AFECTUOSO Y ESTIMULANTE.

PROMOVER LA COMUNICACIÓN ABIERTA Y EL DIÁLOGO CON LOS NIÑOS. PROMOVER HÁBITOS DE HIGIENE, EDUCAR A LOS NIÑOS SOBRE LOS PELIGROS Y CÓMO PREVENIRLOS, AYUDAR A LOS NIÑOS A MANEJAR SUS EMOCIONES Y A DESARROLLAR HABILIDADES SOCIALES

INSTITUCIONALES *

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, VERIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN. VALORACIÓN ODONTOLÓGICA.

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

107

Peso

16

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

96

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

7.1 JUAN ANDRES ELLES GIL ECO - olga segura.pdf

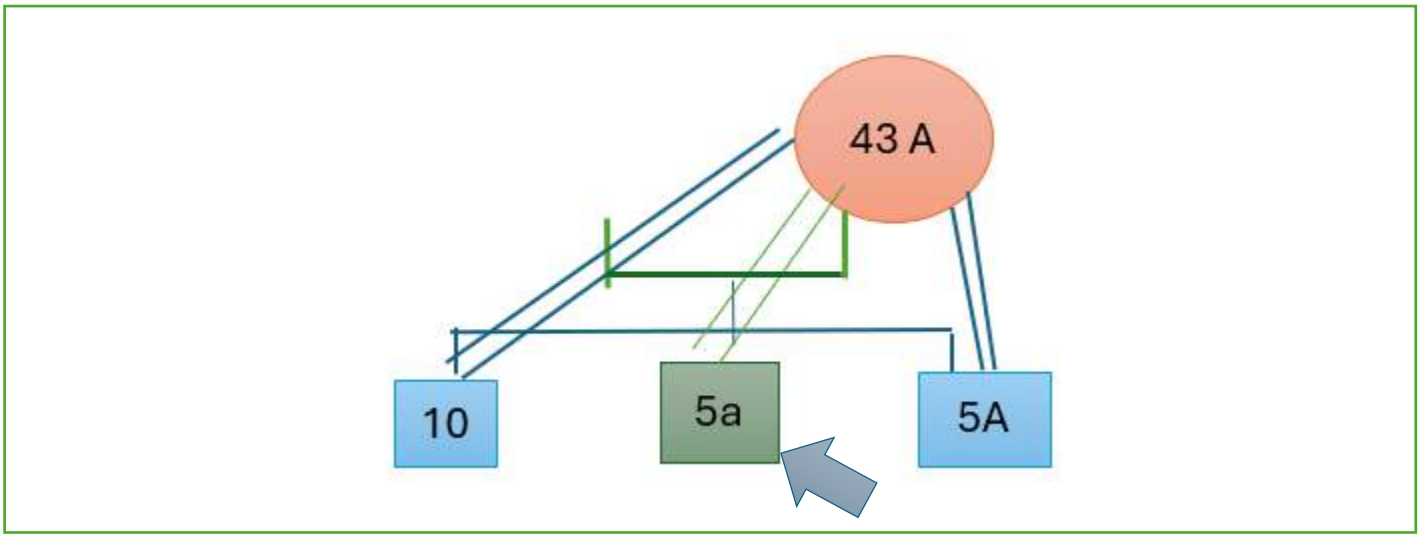
Crear tu propio Formulario de Google

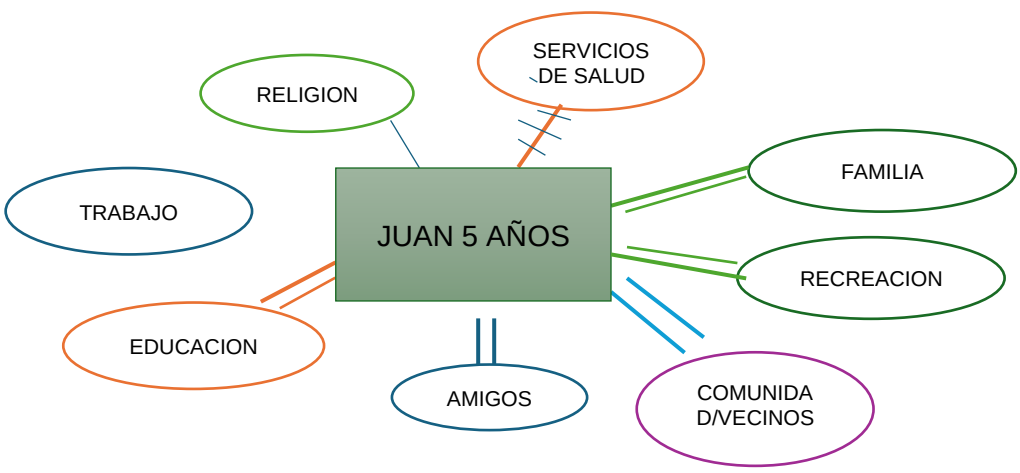
¿El formulario parece sospechoso? Informe

JUAN ANDRES ELLES GIL

5 AÑOS
RC 1073488458
MUTUAL SER- RETIRADO

CEL 3213024519
SECTOR EL POZO





ECOMAPA



Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de febrero de 2026 a las 8:56 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

LAURA BERNAL SEGURA

MOTIVO VISITA *

MENOR SIN NINGUN TIPO DE VALORACION DE SERVICIOS DE SALUD

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

03 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JUAN

SEGUNDO NOMBRE

DIEGO

PRIMER APELLIDO *

ELLES

SEGUNDO APELLIDO

GIL

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1073488459

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2020

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

KARLA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MARIA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ELLES

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

GIL

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3213024519

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

AFILICION MUTUAL SER APARECE RETIRADO

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros:

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3213024519

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, ENTRADA DEL DEPOSITO DE HUEVOS, ULTIMA CASA DE DOS PISOS A MANO DERECHA FACHADA ROJA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA HERMANOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO DE ALTERACION EN LA SALUD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE IDENTIFICA MENOR DE 5 AÑOS QUE NO HA ASISTIDO A CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO NI CUENTA CON SEGUIMIENTO MÉDICO REGULAR. LA FAMILIA REFIERE BARRERAS DE ACCESO RELACIONADAS CON DESCONOCIMIENTO DE RUTAS Y DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS. A LA VALORACION SE OBSERVA MENOR EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ADEACUADA HIGIENE PERSONAL, ADECUADA INTERACCION SOCIAL, ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ESTUSDIANDO EN TRANSICION, SEGUN PESO Y TALLA REGISTRADA EN TALLA PARA LA EDAD SE EVIDENCIA UN RIESGO DE RETRASO EN LA TALLA, Y EL INDICE DE MASA CORPORAL UN RIESGO DE DELGADEZ.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

DIETA VARIADA Y EQUILIBRADA, RICA EN FRUTAS, VERDURAS, PROTEÍNAS Y GRANOS INTEGRALES, EVITAR ALIMENTOS PROCESADOS, BEBIDAS AZUCARADAS Y GRASAS SATURADAS. ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR Y VARIADA, COMO JUEGOS, DEPORTES Y CAMINATAS. DISMINUIR EL TIEMPO DE ACTIVIDADES SEDENTARIAS COMO VER TELEVISIÓN O USAR DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS. ASEGURAR UN SUEÑO REPARADOR, CREAR UNA RUTINA DE SUEÑO RELAJANTE ANTES DE DORMIR. LAVAR LAS MANOS CON FRECUENCIA, ESPECIALMENTE ANTES DE COMER Y DESPUÉS DE IR AL BAÑO. EVITAR EXPOSICION A CONTAMINANTES. APLICAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

FAMILIARES *

MANTENER AL DÍA EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. LLEVAR A LOS NIÑOS A CONTROLES MÉDICOS REGULARES CON EL PEDIATRA PARA EVALUAR SU DESARROLLO Y DETECTAR CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD. ASEGURAR QUE LOS NIÑOS ESTÉN SEGUROS EN SU ENTORNO, TANTO EN CASA COMO EN LA ESCUELA Y EN LA COMUNIDAD. CREAR UN AMBIENTE FAMILIAR SEGURO, AFECTUOSO Y ESTIMULANTE.

PROMOVER LA COMUNICACIÓN ABIERTA Y EL DIÁLOGO CON LOS NIÑOS. PROMOVER HÁBITOS DE HIGIENE, EDUCAR A LOS NIÑOS SOBRE LOS PELIGROS Y CÓMO PREVENIRLOS, AYUDAR A LOS NIÑOS A MANEJAR SUS EMOCIONES Y A DESARROLLAR HABILIDADES SOCIALES

INSTITUCIONALES *

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. VERIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN. VALORACIÓN ODONTOLÓGICA.

Observaciones / hallazgos encontrados

MENOR SIN VALORCIONES MEDICAS

Talla

109

Peso

15.8

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

92

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

8.1 JUAN DIEGO ELLES GIL ECO - olga segura.pdf

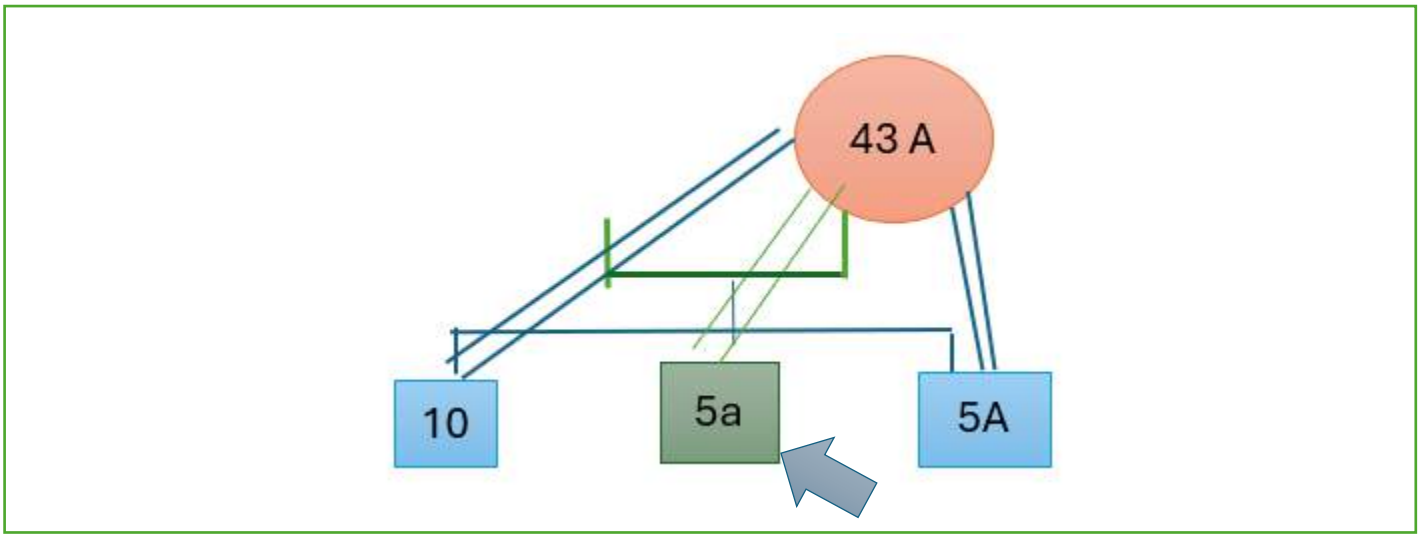
Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

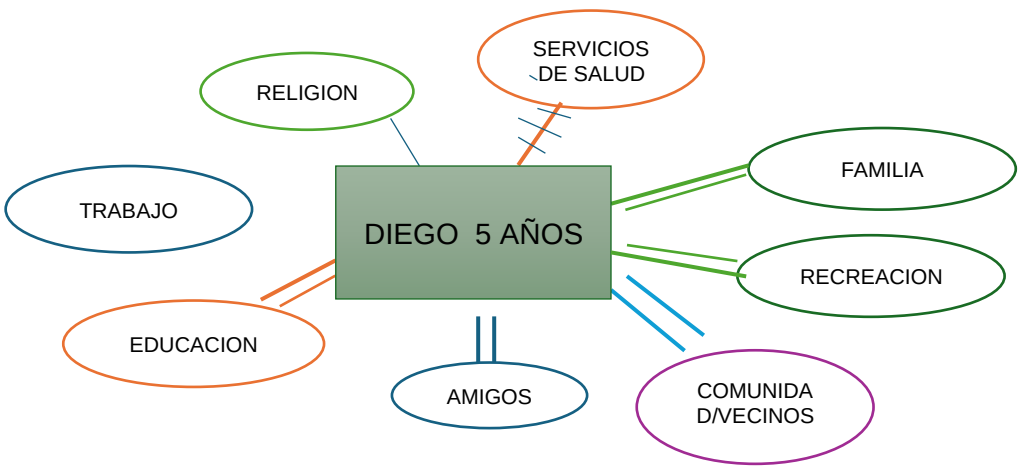
JUAN DIEGO ELLES GIL

5 AÑOS
RC 1073488459
MUTUAL SER- RETIRADO

CEL 3213024519
SECTOR EL POZO



ECOMAPA





Gmail

olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de febrero de 2026 a las 9:19 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

MIGRANTE IRREGULAR SIN ASEGURAMIENTO, SIN CONTROLES MEDICOS

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

03 / 12 / 2005

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LISMAR

SEGUNDO NOMBRE

ALEJANDRA

PRIMER APELLIDO *

FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

CASTILLO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

31492131

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

03 / 12 / 2005

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

QUISTES OVARIO IZQUIERDO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA

- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [x] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3133303245

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, SEGUNDA ENTRADA DESPUES DE LA TIENDA LA ESPERANZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAREJA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO DE ALTERACION DE LA SALUD, FALTA DE REGULARIZACION MIGRATORIA, ACCESO LIMITADO A EMPLEO FORMAL, INSEGURIDAD ECONOMICA, BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA AFILIACION AL SISTEMA DE SALUD.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI____NO__X__
FECHA DE ULTIMO CONTROL: _____
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI____NO___X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL _____
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI____NO_X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL _____
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI ____ NO__X__ OBSERVACIÓN:
_____
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI____ NO___X__
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI__X__ NO _____
CITOLOGÍAS: SI____NO _X_ NA____ADN VPH: SI____NO X___ NA___ FECHA DE EXAMEN _____
MAMOGRAFÍA: SI____NO ___ NA__X_FECHA DE EXAMEN_____AUTOEXAMEN DE SENO SI____NO _X___
PSA SI____NO ____ NA____ FECHA DE EXAMEN_____
SOMF SI____NO _____ NA_X__ FECHA DE EXAMEN: _____
PLANIFICACIÓN: SI____NO __X__ CUAL: __IMPLANTE SUB DERMICO_____
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL

SI____NO_X___ CUAL _____RECIBE TRATAMIENTO SI____NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS__2__ INFLUENZA SI____NO__X__
CONSUMO DE SPA SI__X____NO_____ CUAL: ALCOHOL, DE MANERA SOCIAL
TRATAMIENTO: ___NINGUNO
ANTECEDENTES FAMILIARES: NO CONOCIDOS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

CONSUMIR UNA DIETA EQUILIBRADA, TENER UNA HIGIENE PERSONAL (INCLUIDA LA HIGIENE BUCAL) ADECUADA, TENER UN PATRÓN Y UNA CALIDAD DE SUEÑO ÓPTIMO, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, EVITAR HÁBITOS TÓXICOS: MANTENER SIEMPRE UNA ACTITUD POSITIVA, EVITAR EL ESTRÉS INNECESARIO. IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA A VALORACIONES MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE OPTOMETRÍA SEGÚN CICLO DE VIDA Y COMORBILIDADES, SE RECOMIENDA REALIZAR PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER SEGÚN CICLOS DE VIDA , ASESORÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

FAMILIARES *

ORIENTACIÓN SOBRE RUTAS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS Y SERVICIOS BÁSICOS. INFORMACIÓN SOBRE PROCESOS DE REGULARIZACIÓN MIGRATORIA.

INSTITUCIONALES *

ARTICULACIÓN CON ORGANIZACIONES DE APOYO A POBLACIÓN MIGRANTE

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

160

Peso

38

Frecuencia respiratoria

14

Frecuencia cardiaca

103

Saturación de oxigeno

97

Tensión arterial

85-54

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

68

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

9.1 LISMAR ALEJANDRA FERNANDEZ CASTILLO ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

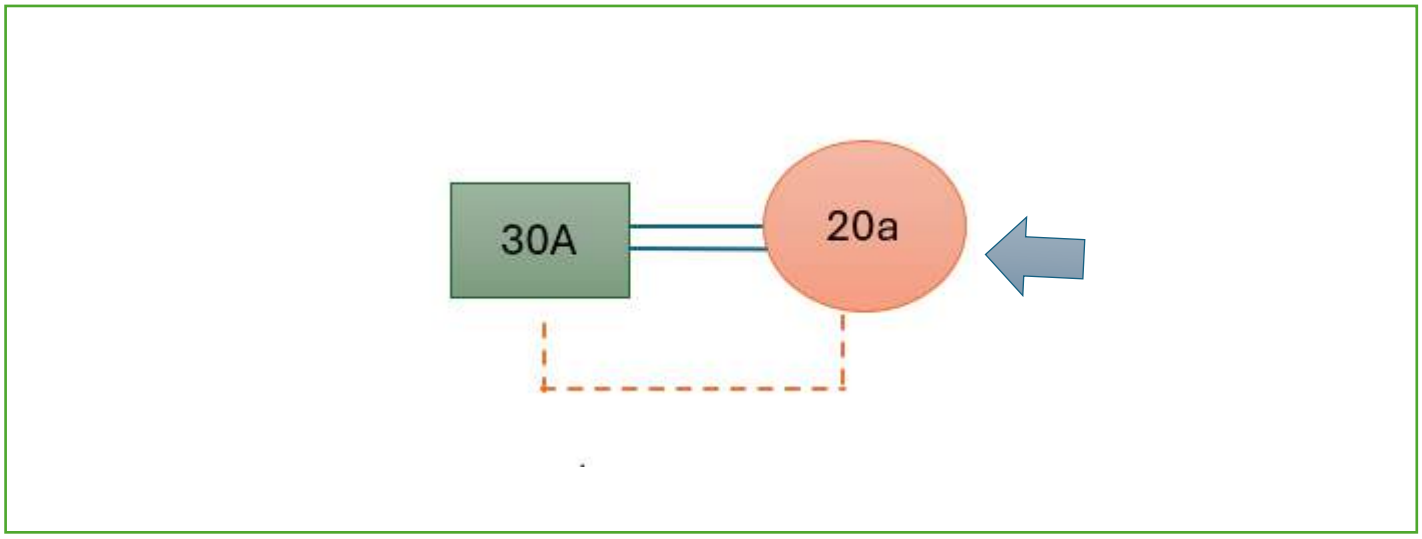
¿El formulario parece sospechoso? Informe

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

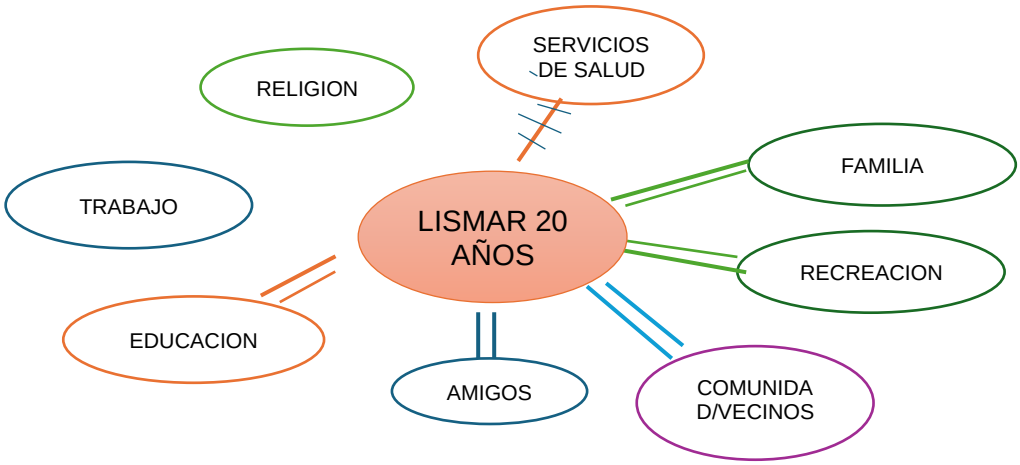
Unidos por su Salud

LISMAR ALEJANDRA FERNANDEZ CASTILLO
20 AÑOS
CE 31492131
SIN ASEGURAMIENTO
CEL 3133303245
SECTOR EL POZO





ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de febrero de 2026 a las 10:02 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

LAURA BERNAL

MOTIVO VISITA *

HIPOGLICEMIA Y MIGRAÑA

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DIONELIS

SEGUNDO NOMBRE

PAOLA

PRIMER APELLIDO *

HERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

CASTELLANOS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1070029121

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

18 / 03 / 1996

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPOGLICEMIA MIGRAÑA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA

- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [x] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3181168413

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, SEGUNDA ENTRADA DESPUES DE LA TIENDA LA ESPERANZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

10 Y 9

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

DESEMPLEADA, INSEGURIDAD ECONOMICA, MADRE CABEZA DE HOGAR, CONFLICTOS FAMILIARES, NO HAY APOYO ECONOMICO DEL PADRE DE LOS NIÑOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI_X___NO___
FECHA DE ULTIMO CONTROL: __6M_____
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI____NO___X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL _____
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI____NO_X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL _____
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI ____ NO__X__ OBSERVACIÓN:
_____
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI____ NO___X__
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI__X__ NO _____
CITOLOGÍAS: SI____NO _X_ NA____ADN VPH: SI____NO X___ NA___ FECHA DE EXAMEN _____
MAMOGRAFÍA: SI____NO ___ NA__X_FECHA DE EXAMEN_____AUTOEXAMEN DE SENO SI__X__NO ____
PSA SI____NO ____ NA____ FECHA DE EXAMEN_____
SOMF SI____NO _____ NA_X__ FECHA DE EXAMEN: _____
PLANIFICACIÓN: SI_X___NO ____ CUAL: DIU
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL SI____NO_X___ CUAL _____RECIBE TRATAMIENTO SI____NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS__2__ INFLUENZA SI____NO__X__

CONSUMO DE SPA SI__X____NO_____ CUAL: CIGARRILLO
TRATAMIENTO: ___NINGUNO
ANTECEDENTES FAMILIARES: NO CONOCIDOS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, MODIFICAR PATRON ALIMENTICIO, EVITAR HÁBITOS TÓXICOS: MANTENER SIEMPRE UNA ACTITUD POSITIVA, EVITAR EL ESTRÉS INNECESARIO. IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA A VALORACIONES MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE OPTOMETRÍA SEGÚN CICLO DE VIDA Y COMORBILIDADES, SE RECOMIENDA REALIZAR PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER SEGÚN CICLOS DE VIDA , ASESORÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. FORTALECER REDES DE APOYO.IDENTIFICAR SEÑALES DE ALARMA EMOCIONAL (INSOMNIO PERSISTENTE, TRISTEZA MANTENIDA, IRRITABILIDAD MARCADA).

FAMILIARES *

MODELAR Y FOMENTAR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES, BRINDAR APOYO EMOCIONAL Y ESCUCHAR LAS NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA. FORTALECER REDES DE APOYO

INSTITUCIONALES *

PARTICIPAR EN ESPACIOS COMUNITARIOS.BUSCAR ACOMPAÑAMIENTO INSTITUCIONAL CUANDO SEA POSIBLE, CENTROS DE ESCUCHA, VALORACION RIA DEL ADULTO

Observaciones / hallazgos encontrados

DEBIDO A SITUACION DE CONFLICTOS FAMILIARES, SE REMITE A SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA

Talla

147

Peso

69

Frecuencia respiratoria

12

Frecuencia cardiaca

78

Saturación de oxigeno

97

Tensión arterial

123-77

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

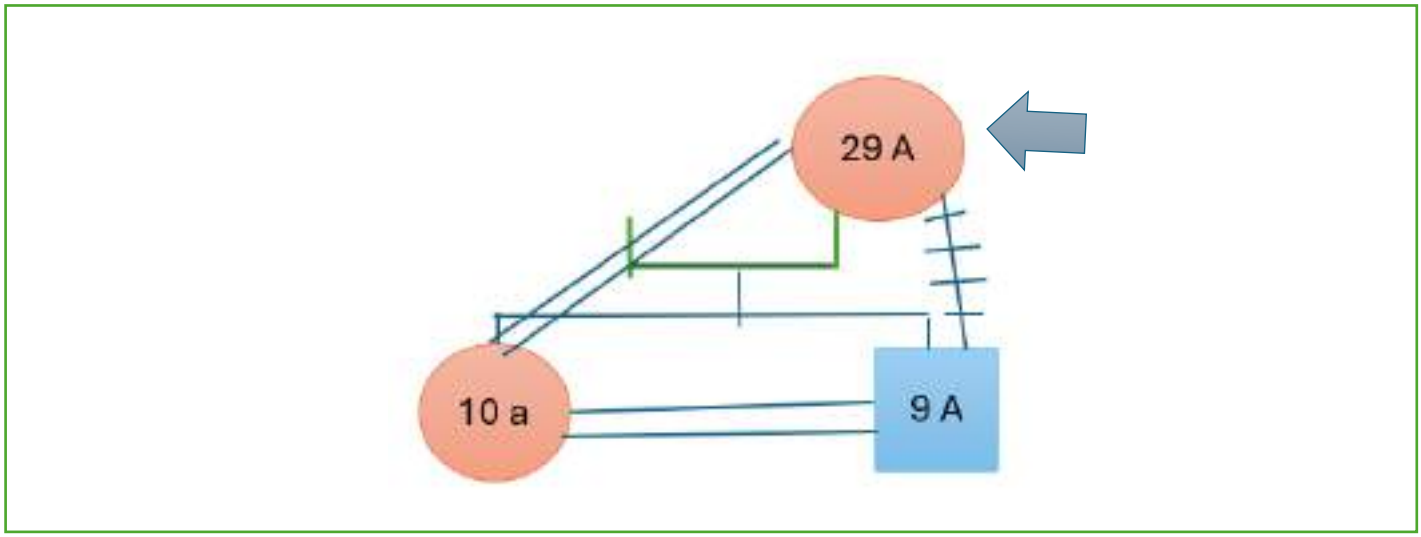
10.1 PAOLA HERNANDEZ CASTELLANOS ECO - olga segura.pdf

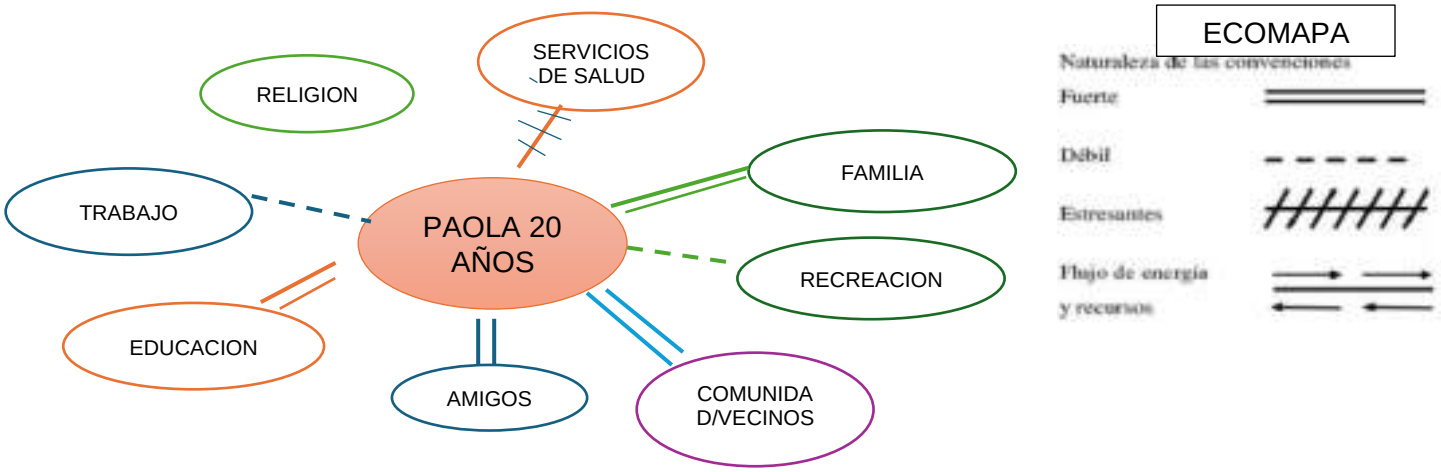
Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

PAOLA HERNANDEZ CASTELLANOS
29 AÑOS
CC 1070029129
SANITAS -S
CEL 3181168413
SECTOR EL POZO







Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de febrero de 2026 a las 10:33 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2025

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LISANDRO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

BORDA

SEGUNDO APELLIDO

TURBA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

2992783

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

29 / 11 / 1950

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

PROSTATITIS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc

- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE

- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3114980222

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, SEGUNDA ENTRADA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

DIVORCIAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ADULTO AYOR VIVE SOLO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI_X___NO___
FECHA DE ULTIMO CONTROL: __1 MES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI____NO___X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL _____
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI__X__NO____ FECHA DE ULTIMO CONTROL 3 MESES
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI __X__ NO____ OBSERVACIÓN:
_____
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI____ NO___X__
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI__X__ NO _____
PSA SI____NO ____ NA_X___ FECHA DE EXAMEN_____
SOMF SI____NO _____ NA_X__ FECHA DE EXAMEN: _____
PLANIFICACIÓN: SI____NO ____ CUAL:
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL
SI____NO_X___ CUAL _____RECIBE TRATAMIENTO SI____NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS__3__ INFLUENZA SI____NO__X__

CONSUMO DE SPA SI_____NO_____ CUAL:
TRATAMIENTO: ___TAMSULOSINA
ANTECEDENTES FAMILIARES: CANCER DE ESTOMAGO ABUELA MATERNA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

EDUCACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, DOLOR PÉLVICO, DIFICULTAD URINARIA, RETENCIÓN, HEMATURIA. PROMOVER ADECUADA HIDRATACIÓN. FOMENTAR ADHERENCIA A TRATAMIENTO MÉDICO FORMULADO. CONTROL PERIÓDICO POR MEDICINA GENERAL. SOLICITAR SEGUIMIENTO PROSTÁTICO SEGÚN CRITERIO MÉDICO. PROMOVER ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA ACORDE A EDAD. LLEVAR UNA DIETA ADECUADA RICA EN PROTEINA PARA MANTENER MASA MUSCULAR, APLICAR HÁBITOS URINARIOS SALUDABLES (NO RETENER ORINA PROLONGADAMENTE). REALIZAR ACTIVIDAD FISICA SEGUN TOLERANCIA

FAMILIARES *

PROMOVER ACOMPAÑAMIENTO A CONTROLES MÉDICOS.

INSTITUCIONALES *

PARTICIPACION EN PROGRAMAS DEL ADULTO MAYOR, SEGUIMIENTO POR RIA DE VEJEZ

Observaciones / hallazgos encontrados

SE REMITE VALORACION POR PSICOLOGIA, MANIFIESTA SENTIMIENTOS DE SOLEDAD

Talla

177

Peso

86

Frecuencia respiratoria

12

Frecuencia cardiaca

74

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

117-60

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

99

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

11. 1 LISANDRO BORDA TURBA ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

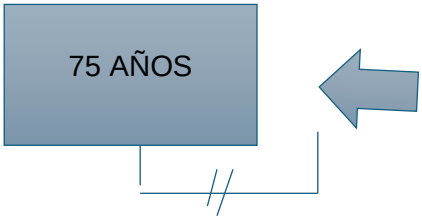
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

Unidos por su Salud

LISANDRO BORDA TURBA

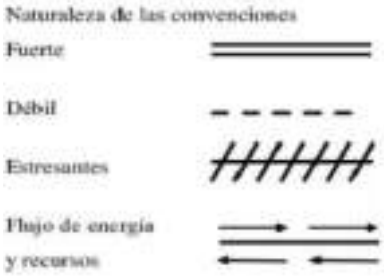
75 AÑOS
CC 2992783
FAMISANAR-C
CEL 311498222
SECTOR EL POZO







ECOMAPA



Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de febrero de 2026 a las 11:01 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JENIFER

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ACUÑA

SEGUNDO APELLIDO

JIMENEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003197571

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

28 / 04 / 2003

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc

- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [x] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE

- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3043596121

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, SEGUNDA ENTRADA, CALLEJON CERRADO CON PORTERIA EN REJA NEGRA PENULTIMA CASA 2 PISOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

2 AÑOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MADRE CABEZA DE HOGAR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI_X___NO___
FECHA DE ULTIMO CONTROL: __1 MES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI____NO___X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL _____
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI__X__NO____ FECHA DE ULTIMO CONTROL 8 MESES
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI ____ NO__X__ OBSERVACIÓN:
_____
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI____ NO___X__
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI__X__ NO _____
CITOLOGÍAS: SI____NO X__ NA____ADN VPH: SI____NO ___ NAX___ FECHA DE EXAMEN _____
MAMOGRAFÍA: SI____NO ___ NA__X_FECHA DE EXAMEN_____AUTOEXAMEN DE SENO SI___NO __X__
PLANIFICACIÓN: SI_X___NO ____ CUAL: INYECCION
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL

SI____NO_X___ CUAL _____RECIBE TRATAMIENTO SI____NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS__2__ INFLUENZA SI____NO__X__
CONSUMO DE SPA SI__X____NO_____ CUAL: ALCOHOL CADA 15 DIAS
TRATAMIENTO: NINGUNO
ANTECEDENTES FAMILIARES: NO CONOCIDO
SE BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD ORIENTADA A LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE RIESGOS, ENFATIZANDO LA IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, ADECUADO DESCANSO Y MANEJO DEL ESTRÉS. SE REFUERZA LA NECESIDAD DE ASISTIR A CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS, REALIZAR TAMIZAJES SEGÚN SU EDAD (COMO CITOLOGÍA CERVICOUTERINA), EJERCER SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS CON INFORMACIÓN Y AUTONOMÍA. ASIMISMO, SE PROMUEVE EL AUTOCUIDADO EMOCIONAL, LA IDENTIFICACIÓN DE SEÑALES DE ALARMA EN SU SALUD FÍSICA Y MENTAL Y LA BÚSQUEDA OPORTUNA DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD. SE INFORMA LA IMPORTANCIA DE REALIZAR AUTO EXAMEN DE SENO Y LA FORMA DE REALIZAR EL MISMO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

IMPLEMENTACION DE ACTIVIDAD FISICA, SOLICITAR CITA DE VALORACION MEDICA Y EN ELLA SOLICITAR ORDEN PARA TOMA DE CITOLOGIA, SOLICITAR CITA DE VALORACION DE ODONTOLOGIA

FAMILIARES *

MODELAR Y FOMENTAR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES, BRINDAR APOYO EMOCIONAL Y ESCUCHAR LAS NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, ACOMPAÑAR A CITAS MÉDICAS, FOMENTAR CONCIENCIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD Y EL BIENESTAR, MANTENER ENTORNOS SEGUROS, LIMPIOS Y SALUDABLES, PREVENIR ENFERMEDADES.

INSTITUCIONALES *

INCLUIR EN RIA DEL JOVEN, ELIMINAR LAS BARRERAS DE ACCESO, CONTINUIDAD Y SEGUIMIENTO EN LOS CONTROLES QUE AMERITE

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

171

Peso

68

Frecuencia respiratoria

16

Frecuencia cardiaca

81

Saturación de oxigeno

99

Tensión arterial

120-90

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

80

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

12. 1 JENNIFER ACUÑA JIMENEZ ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

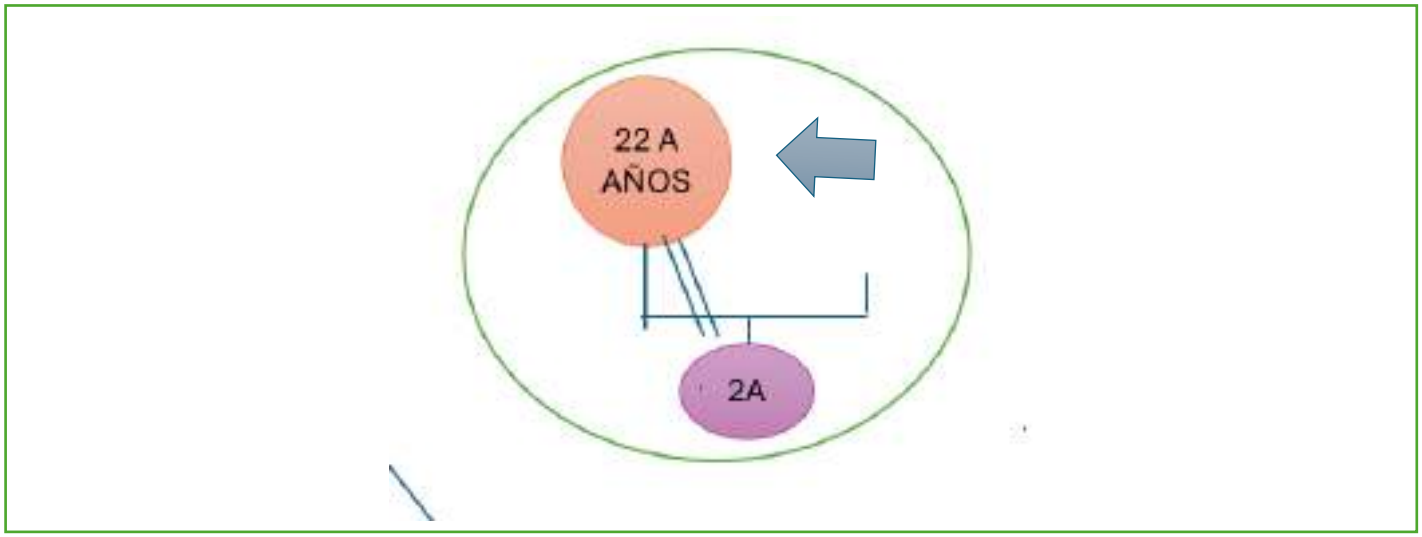
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

Unidos por su Salud

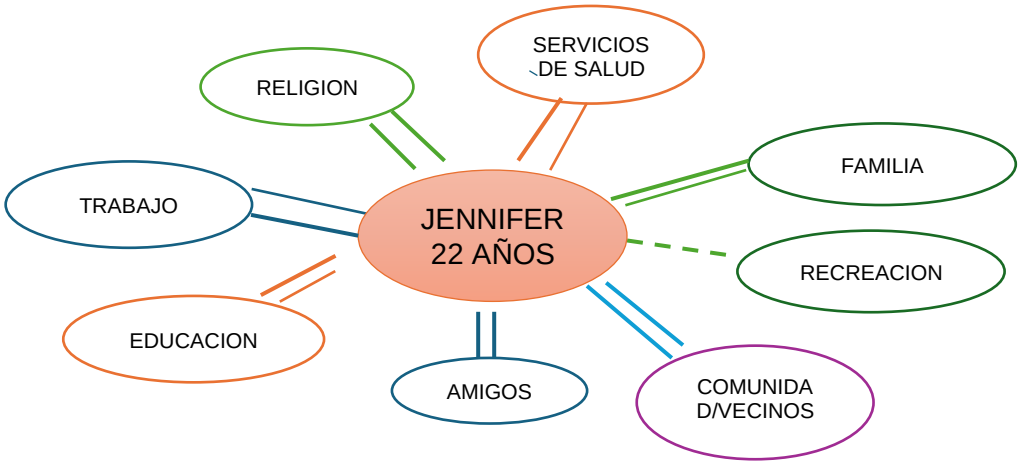


JENIFER ACUÑA JIMENEZ

22 AÑOS
CC 1003197571
SALUD TOTAL-C
CEL 3043596121
SECTOR EL POZO



ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de febrero de 2026 a las 11:35 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO-MENOR BAJO PESO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EDZALITH

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

SANTANDER

SEGUNDO APELLIDO

ACUÑA

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1063978531

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

09 / 05 / 2023

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

JENNIFER

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ACUÑA

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

JIMENEZ

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3043596121

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

BAJO PESO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer

- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3043596121

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, SEGUNDA ENTRADA, CALLEJON MANO IZQUIERDA, PUERTA EN REJA NEGRA, PENULTIMA CASA 2 PISOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

BAJO PESO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE OBSERVA MENOR CON 2 AÑOS DE EDAD EN CONDICIONES GENERALES BUENAS, SE OBSERVA BUENA HIGIENE, SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS O ALGUN OTRO SIGNOS DE ALARMA EN EL MOMENTO, PIEL SANA, CAMINA, CORRE, SE OBSERVA BUEN VINCULO AFECTIVO CON LA MAMA, PRONUNCIA PALABRAS CORTAS, FISICAMENTE SE OBSERVA DELGADA, SE INDAGA POR PATRON ALIMENTICIO, MAMA IINFORMA QUE COME BIEN, Y QUE SIEMPRE A TENIDO ESA CONTEXTURA.
SE BRINDA EDUCACIÓN A LA MADRE SOBRE LA IMPORTANCIA DE ASISTIR REGULARMENTE A LOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA GARANTIZAR SEGUIMIENTO ADECUADO DEL PESO, TALLA Y DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA MENOR. SE ORIENTA SOBRE MANTENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA ACORDE A LA EDAD, PROMOVIENDO CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, PROTEÍNAS Y ADECUADA HIDRATACIÓN, EVITANDO ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS Y BEBIDAS AZUCARADAS. SE REFUERZA LA IMPORTANCIA DE COMPLETAR EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN ESQUEMA PARA LA EDAD, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA COMO FIEBRE PERSISTENTE, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIARREA CONTINUA, RECHAZO AL ALIMENTO O CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO, INDICANDO CONSULTAR OPORTUNAMENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD. SE PROMUEVE TAMBIÉN LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL HOGAR MEDIANTE JUEGO Y LA COMUNICACIÓN AFECTIVA PARA FORTALECER SU DESARROLLO INTEGRAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ADECUADA, SEGUMIENTO POR EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

FAMILIARES *

MANTENER AL DÍA EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. LLEVAR LA NIÑA A CONTROLES MÉDICOS REGULARES CON EL PEDIATRA PARA EVALUAR SU DESARROLLO Y DETECTAR CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD. ASEGURAR QUE LOS NIÑOS ESTÉN SEGUROS EN SU ENTORNO, TANTO EN CASA COMO EN LA ESCUELA Y EN LA COMUNIDAD. CREAR UN AMBIENTE FAMILIAR SEGURO, AFECTUOSO Y ESTIMULANTE. PROMOVER HÁBITOS DE HIGIENE,

INSTITUCIONALES *

VINCULACION A PROGRAMAS INSTITUCIONALES PARA SEGUIMIENTO DE LA PRIMERA INFANCIA

Observaciones / hallazgos encontrados

SE REMITE A VALORACION POR NUTRICION

Talla

89

Peso

11.5

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

103

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

Perímetro braquial

12

Perímetro abdominal

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

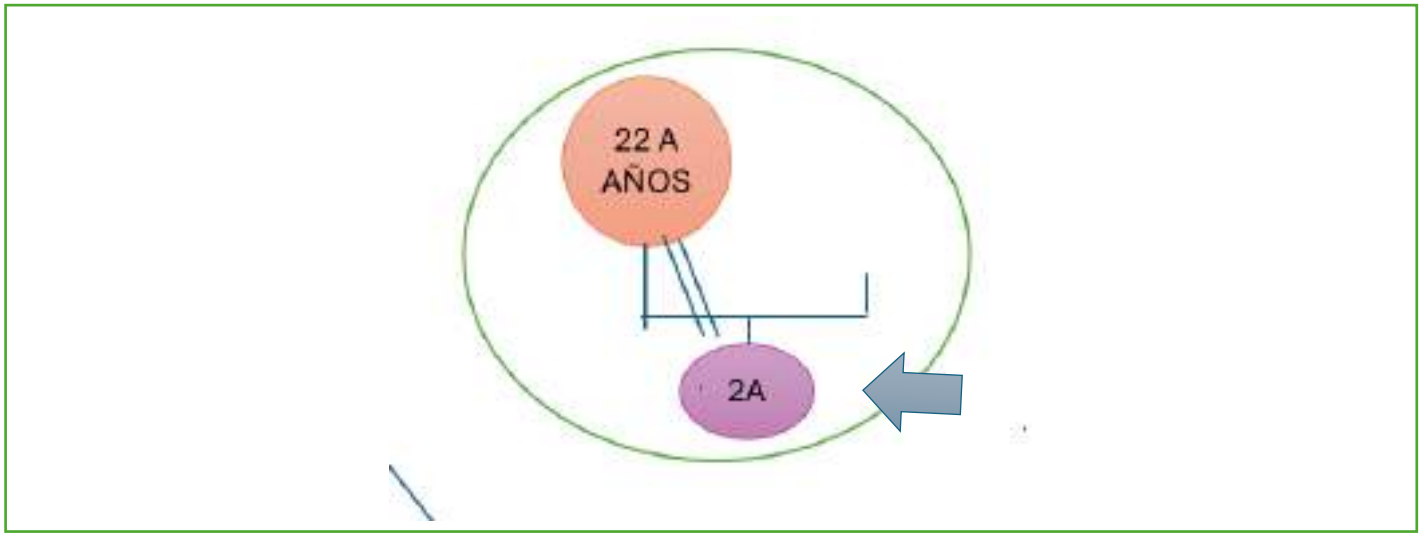
13.1 EDZALITH SANTANDER ACUÑA ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

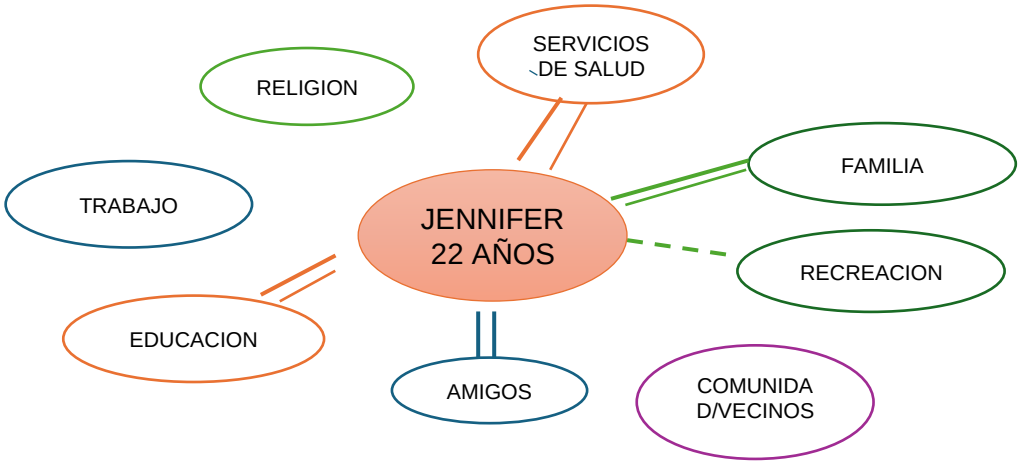
¿El formulario parece sospechoso? Informe

EDZALITH SANTANDER ACUÑA

2 AÑOS
RC 1063978531
SALUD TOTAL-S
CEL 3043596121
SECTOR EL POZO



ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 2:55 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO- GESTANTE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LINA

SEGUNDO NOMBRE

MARCELA

PRIMER APELLIDO *

ACUÑA

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003196624

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

19 / 06 / 1998

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

EMBARAZO DE 14 SEMANAS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc

- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [x] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [x] GESTANTE

- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3125191870

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, SEGUNDA ENTRADA, CUADRA A MANO IZQUIERA, CALLEJON CON PUERTA EN REJA NEGRA PENULTIMA CASA 2 PISOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

6 AÑOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MUJER CABEZA DE HOGAR, SOLTERA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

EDAD GESTACIONAL: 14 SEMANAS
FUM 26- OCTUBRE 2025
G 2 V1 P1 C0 A0 E0
EMBARAZO ALTO RIESGO___ BAJO RIESGO_X___
FPP 29-07-2026
FECHA DEL ÚLTIMO PARTO 2019
SEMANA EN LA QUE INICIO CONTROL PRENATAL 7 SEMANA
FECHA DE ULTIMO CONTROL PRENATAL 9 DE FEBRERO 2026
FECHA DE ULTIMA ECOGRAFÍA 17-01-2026
FECHA ÚLTIMOS LABORATORIOS. PARACLINICOS SIN ALTERACION
CITOLOGÍA SI___NO_____FECHA DE EXAMEN_____
MICRONUTRIENTES ACTUALMENTE SI_X___ NO_____ CUALES HIERRO, ACIDO FOLICO Y CALCIO
VACUNA DE INFLUENZA(SEM 14) SI_____NO_X_____ DPT (SEMANA 26) SI____NO____

VALORACIONES: PSICOLOGÍA SI_X__ NO___ ODONTOLOGÍA SI__X_ NO___ NUTRICIÓN SI___NO_X__ENFERMERIA,SI__X_NO,
MÉTODO DE PLANIFICACION POS- PARTO: POMEROY
ANTECEDENTES FAMILIARES : NINGUNO CONOCIDO
SE BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD A MUJER JOVEN EN ESTADO DE EMBARAZO, ENFATIZANDO LA IMPORTANCIA DE ASISTIR DE MANERA OPORTUNA Y PERIÓDICA A LOS CONTROLES PRENATALES PARA VIGILAR SU BIENESTAR Y EL ADECUADO DESARROLLO DEL BEBÉ. SE ORIENTA SOBRE MANTENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA RICA EN HIERRO, CALCIO, PROTEÍNAS Y ÁCIDO FÓLICO, ADECUADA HIDRATACIÓN Y EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO U OTRAS SUSTANCIAS NOCIVAS. ASIMISMO, SE REFUERZA LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA COMO DOLOR ABDOMINAL INTENSO, SANGRADO VAGINAL, FIEBRE, DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES O DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE, INDICANDO CONSULTA INMEDIATA. SE PROMUEVE EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL, EL APOYO FAMILIAR Y LA PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

CONTINUAR CON LOS CONTROLES PRENATALES, REALIZAR EXAMENES PARA CLINICOS LABORATORIOS Y ECOGRAFIAS, SOLICITAR LAS VALORACIONES COMPLEMEMTARIAS, SEGUIR INDICACIONES MEDICAS, LLEVAR UNA DIETA BALANCEADA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA SI NO HAY CONTRAINDICACION, CONOCER E IDENTIFICAR LOS SIGNOS DE ALARMA, EVITAR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS, ASISTIR A LOS CURSOS DE LA PREPARACION PARA LA MATERNIDAD.

FAMILIARES *

ACOMPAÑAMIENTO A CONTROLES MEDICOS, ASISTENCIA A CURSOS DE PREPARACION DE LA MATERNIDAD, FAVORECER UN ENTORNO SALUDABLE Y TRANQUILO, INCENTIVAR HABITOS SALUDABLES

INSTITUCIONALES *

VINCULACIÓN O CONTINUIDAD EN PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL Y SEGUIMIENTO POR LA RUTA MATERNO PERINATAL, PROGRAMACION DE LOS CURSOS PARA LA PREPARACION DE LA MATERNIDAD

Observaciones / hallazgos encontrados

SE REMITE VALORACION MEDICO, PSICOLOGIA Y NUTRICION EQUIPO PIC

Talla

160

Peso

64

Frecuencia respiratoria

16

Frecuencia cardiaca

91

Saturación de oxigeno

98

Tensión arterial

102-75

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

90

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

14. 1 LINA MARCELA ACUÑA ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

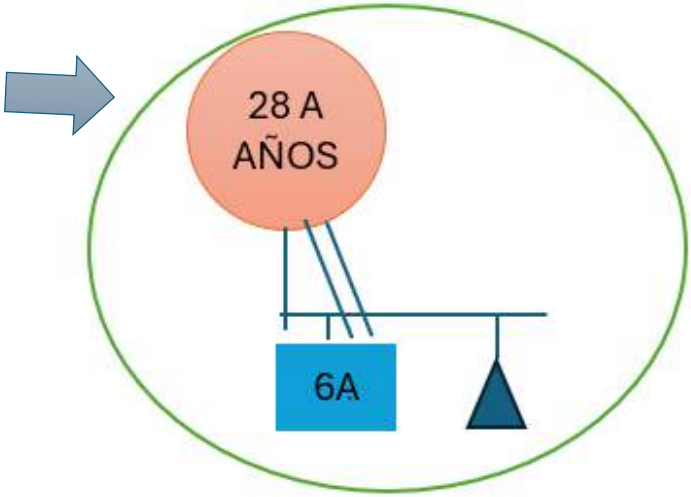
¿El formulario parece sospechoso? Informe

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

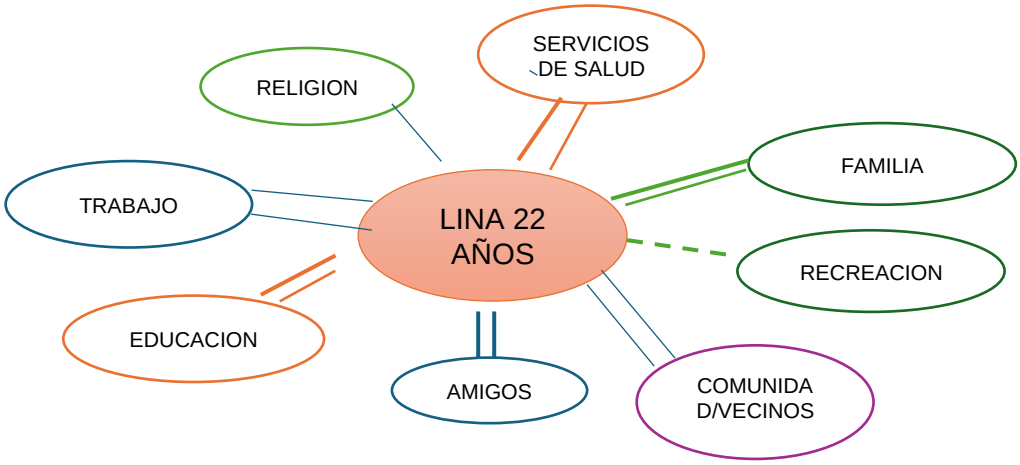
Unidos por su Salud

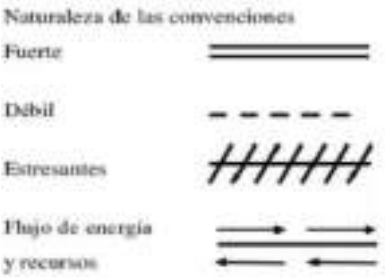
LINA MARCELA ACUÑA
28 AÑOS
CC 1003196624
SALUD TOTAL-C
CEL 3125191870
SECTOR EL POZO





ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 4:31 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

MELISSA COGUA

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO CIFRAS TENSIONALES NO CONTROLADAS

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

PILAR

SEGUNDO NOMBRE

DELL CARMEN

PRIMER APELLIDO *

GONZALEZ

SEGUNDO APELLIDO

AMAYA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20470961

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 12 / 1960

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION- DIABETES

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [x] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA

- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3123356356

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, VIA PRINCIPAL, CASA DE REJAS BLANCAS DE DOS PISOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ADULTO MAYOR, ENFERMEDAD CRONICA NO CONTROLADA, RISGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI_X___NO___
FECHA DE ULTIMO CONTROL: FEBRERO 2026
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI__X__NO_____ FECHA DE ULTIMO CONTROL DICIEMBRE 2025
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI____NO_X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI __X__ NO____ OBSERVACIÓN: _CAMINAR
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI_X___ NO_____
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI__X__ NO _____
CITOLOGÍAS: SI____NO X__ NA____ADN VPH: SI____NO ___ NAX___ FECHA DE EXAMEN _____
MAMOGRAFÍA: SI____NO X___ NA___FECHA DE EXAMEN_____AUTOEXAMEN DE SENO SI_X__NO ____
SOMF SI____NO __X___ NA___ FECHA DE EXAMEN: _____
PLANIFICACIÓN: SI_X___NO ____ CUAL: INYECCION
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL SI____NO_X___ CUAL _____RECIBE TRATAMIENTO SI____NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS_3___ INFLUENZA SI____NO_X___
CONSUMO DE SPA SI_____NO__X___ CUAL:

TRATAMIENTO: LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS, METFORMINA CON EL ALMUERZO Y FUROSEMIDA
ANTECEDENTES FAMILIARES: PAPA HIPERTENSION
SE BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD, ENFATIZANDO LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA ESTRICTA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y LA ASISTENCIA REGULAR A CONTROLES MÉDICOS PARA PREVENIR COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES, RENALES Y METABÓLICAS. SE ORIENTA SOBRE MANTENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN SAL, AZÚCARES SIMPLES Y GRASAS SATURADAS, PRIORIZANDO EL CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, FIBRA Y ADECUADA HIDRATACIÓN. ASIMISMO, SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA DE FORMA REGULAR, CONTROLAR EL PESO, EVITAR EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL, Y MONITOREAR PERIÓDICAMENTE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LOS NIVELES DE GLUCOSA SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA. SE REFUERZA LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA COMO DOLOR EN EL PECHO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, VISIÓN BORROSA, MAREO INTENSO, HIPOGLUCEMIA O CIFRAS ELEVADAS PERSISTENTES, INDICANDO CONSULTA INMEDIATA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

TOMAR LOS MEDICAMENTOS EXACTAMENTE COMO FUERON FORMULADOS.
NO SUSPENDER NI MODIFICAR DOSIS SIN INDICACIÓN MÉDICA.
ASISTIR PUNTUALMENTE A CONTROLES Y EXÁMENES.
MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL CON REGULARIDAD.
CONTROLAR LA GLUCOSA SEGÚN INDICACIÓN.
LLEVAR REGISTRO DE CIFRAS PARA MOSTRARLAS EN CONSULTA.
REALIZAR EXÁMENES PERIÓDICOS
REDUCIR EL CONSUMO DE SAL.EVITAR AZÚCARES SIMPLES (GASEOSAS, DULCES, JUGOS INDUSTRIALIZADOS). MANTENER HORARIOS REGULARES DE ALIMENTACIÓN.
REALIZAR EJERCICIO MODERADO MÍNIMO 30 MINUTOS, 5 DÍAS A LA SEMANA (SEGÚN TOLERANCIA).
MANTENER BUENA HIGIENE Y HIDRATACIÓN.
CUIDADO DE LA PIEL Y DE LOS PIES

FAMILIARES *

RECORDAR HORARIOS DE MEDICACIÓN.
ACOMPAÑAR A CONTROLES MÉDICOS CUANDO SEA POSIBLE.
SUPERVISAR DISPONIBILIDAD CONTINUA DE MEDICAMENTOS.
FOMENTAR ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.
PROMOVER CAMINATAS O ACTIVIDAD FÍSICA EN GRUPO.
ESTAR ATENTOS A SIGNOS DE ALARMA: DOLOR TORÁCICO, MAREO INTENSO, VISIÓN BORROSA.

APOYAR EN EL CUIDADO DIARIO.
FACILITAR CONDICIONES SEGURAS EN EL HOGAR PARA PREVENIR ACCIDENTES

INSTITUCIONALES *

VINCULACIÓN ACTIVA AL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. CONTROL PERIÓDICO POR MEDICINA GENERAL Y/O ENFERMERÍA. SOLICITUD Y SEGUIMIENTO DE EXÁMENES DE LABORATORIO PARTICIPACIÓN EN ESCUELAS O GRUPOS EDUCATIVOS PARA PACIENTES CRÓNICOS. TALLERES SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y AUTOCONTROL. EDUCACIÓN CONTINUA SOBRE SIGNOS DE ALARMA. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE GARANTIZAR ENTREGA OPORTUNA DE MEDICAMENTOS.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE REMITE VALORACION POR MEDICO Y NUTRICIO PIC

Talla

167

Peso

Frecuencia respiratoria

14

Frecuencia cardiaca

70

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

181-97

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

93

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

15. 1 PILAR DEL CARMEN GONZALEZ AMAYA ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

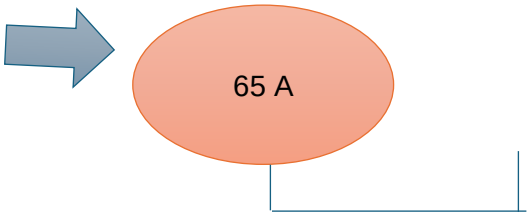
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

Unidos por su Salud

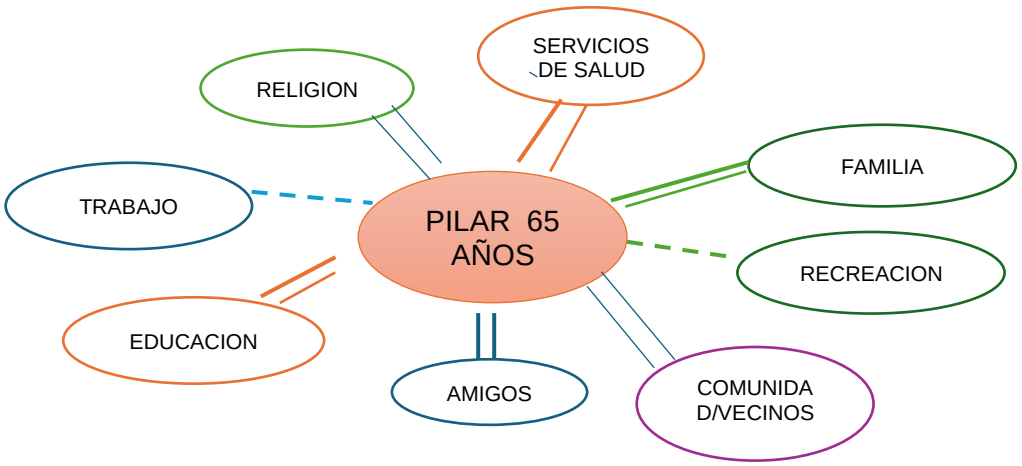
PILAR DEL CARMEN GONZALEZ AMAYA

65 AÑOS
CC 20470961
SANITAS-C
CEL 3123356356
SECTOR EL POZO





ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 5:07 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

MELISSA COGUA

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO- PUERPERA CON ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA Y RCIU

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

YHOANNYS

SEGUNDO NOMBRE

MAYLEEN

PRIMER APELLIDO *

HERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

MIJAREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

22692693

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

17 / 03 / 1995

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

PUERPERA CON ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA

- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [x] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [x] PUERPERA

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3203186809

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO SEGUNDA ENTRADA DESPUES DE LA TIENDA LA ESPERANZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

5 MESES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MIGRANTE IRREGULAR, SIN ASEGURAMIENTO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

G_1__ V__1__P__0__C__1__ A___0__E__0___
FECHA DEL PARTO 24-08-2025
COMPLICACIONES EMBARAZO SI_X__NO___CUAL RCIU+ PREECLAMPSIA
COMPLICACIONES EN EL PARTO____SI____NO__X__CUAL____
_____
FECHA DE ULTIMO CONTROL MÉDICO 05-09-2025
LACTANCIA MATERNA SIX___NO_____ PESO DEL RCN__1985 GR_____TALLA DEL RCN__47CM_____
CITOLOGÍA SI_X__NO_____
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI ____ NO_X___ OBSERVACIÓN:
_____
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI____ NO___X__ CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI_X___ NO _____
MÉTODO DE PLANIFICACION : POMEROY
TRATAMIENTO: NINGUNO
ANTECEDENTES FAMILIARES: NO CONOCIDOS
SE BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD ORIENTADA A LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE RIESGOS, ENFATIZANDO LA IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, ADECUADO

DESCANSO Y MANEJO DEL ESTRÉS. SE REFUERZA LA NECESIDAD DE ASISTIR A CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS, REALIZAR TAMIZAJES SEGÚN SU EDAD (COMO CITOLOGÍA CERVICOUTERINA), EJERCER SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS CON INFORMACIÓN Y AUTONOMÍA. ASIMISMO, SE PROMUEVE EL AUTOCUIDADO EMOCIONAL, LA IDENTIFICACIÓN DE SEÑALES DE ALARMA EN SU SALUD FÍSICA Y MENTAL Y LA BÚSQUEDA OPORTUNA DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

IMPLEMENTAR HABITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CONTINUAR CON PROCESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTOS PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD

FAMILIARES *

LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA DURANTE EL POSPARTO ES CRUCIAL PARA EL BIENESTAR DE LA MADRE Y EL BEBÉ, OFRECIENDO APOYO EMOCIONAL, FÍSICO Y LOGÍSTICO. LA FAMILIA PUEDE AYUDAR CON TAREAS DOMÉSTICAS, CUIDADO DEL BEBÉ, GESTIÓN DE VISITAS, Y APOYO A LA LACTANCIA. UN ENTORNO FAMILIAR POSITIVO Y DE APOYO PUEDE MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL POSPARTO, FACILITANDO LA ADAPTACIÓN A LA NUEVA VIDA Y FORTALECIENDO LOS VÍNCULOS FAMILIARES.

INSTITUCIONALES *

ARTICULACIÓN CON ORGANIZACIONES DE APOYO A POBLACIÓN MIGRANTE FORTALECER REDES DE APOYO. PARTICIPAR EN ESPACIOS COMUNITARIOS. IDENTIFICAR SEÑALES DE ALARMA EMOCIONAL (INSOMNIO PERSISTENTE, TRISTEZA MANTENIDA, IRRITABILIDAD MARCADA). BUSCAR ACOMPAÑAMIENTO INSTITUCIONAL CUANDO SEA POSIBLE

Observaciones / hallazgos encontrados

SE REMITE VALORACION MEDICO Y NUTRICION PIC

Talla

155

Peso

104

Frecuencia respiratoria

14

Frecuencia cardiaca

83

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

111-74

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

113

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

16.1 YHOANNYS MAYLEEN FERNANDEZ ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

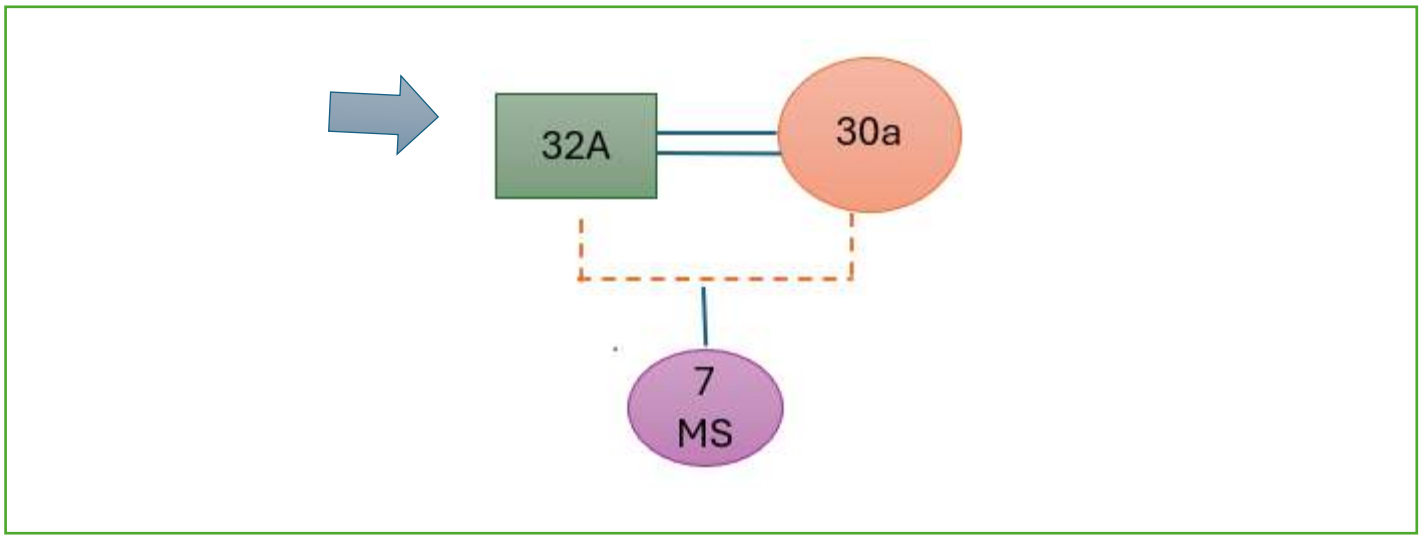
¿El formulario parece sospechoso? Informe

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

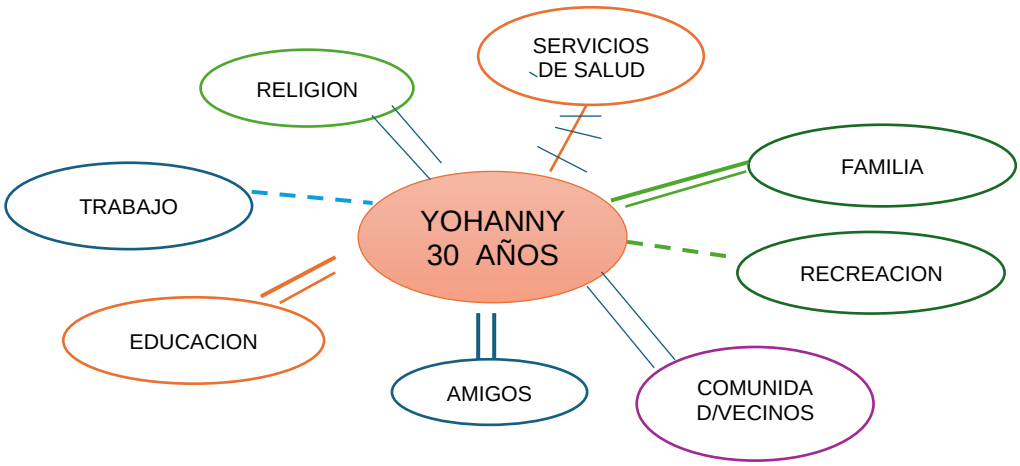


YHOANNYS MAULEEN FERNANDEZ

30 AÑOS
CE 22692693
SIN ASEGURAMIENTO
CEL 3203186809
SECTOR EL POZO



ECOMAPA





Gmail

olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 4:09 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

MELISSA COGUA

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO - TENSION NO CONTROLADA

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ARMANDO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

BARRERA

SEGUNDO APELLIDO

MORENO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

3026923

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 02 / 1959

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTESION - DIABETES

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [x] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc

- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE

- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3142817673

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO SOBRE LA VIA PRINCIPAL CASA LOTE DE REJAS VERDES, AL LADO DE LAS CANCHAS DE TEJO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

DIVORCIAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

34

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO, ADULTO MAYOR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI_X___NO___
FECHA DE ULTIMO CONTROL: __1 MES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI__X__NO_____ FECHA DE ULTIMO CONTROL _____
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI____NO_X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI __X__ NO____ OBSERVACIÓN: _CAMINAR
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI_X___ NO_____
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI__X__ NO _____
PSA SI____NO _X___ NA____ FECHA DE EXAMEN_____
SOMF SI____NO __X___ NA___ FECHA DE EXAMEN: _____
PLANIFICACIÓN: SI_X___NO ____ CUAL: INYECCION
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL
SI____NO_X___ CUAL _____RECIBE TRATAMIENTO SI____NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS____ INFLUENZA SI_X___NO____
CONSUMO DE SPA SI_____NO__X___ CUAL:

TRATAMIENTO: LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS
SE BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD, ENFATIZANDO LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA ESTRICTA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y LA ASISTENCIA REGULAR A CONTROLES MÉDICOS PARA PREVENIR COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES, RENALES Y METABÓLICAS. SE ORIENTA SOBRE MANTENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN SAL, AZÚCARES SIMPLES Y GRASAS SATURADAS, PRIORIZANDO EL CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, FIBRA Y ADECUADA HIDRATACIÓN. ASIMISMO, SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA DE FORMA REGULAR, CONTROLAR EL PESO, EVITAR EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL, Y MONITOREAR PERIÓDICAMENTE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LOS NIVELES DE GLUCOSA SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA. SE REFUERZA LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA COMO DOLOR EN EL PECHO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, VISIÓN BORROSA, MAREO INTENSO, HIPOGLUCEMIA O CIFRAS ELEVADAS PERSISTENTES, INDICANDO CONSULTA INMEDIATA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

CONTINUAR CON LA ASISTENCIA POR PROGRAMA DE CRONICOS, ASEGURAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS, LLEVAR DIETA BALANCEADA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA SEGUN TOLERANCIA, SOLICITAR ORDEN PARA VALORACION POR OFTALMOLOGIA

FAMILIARES *

RECORDAR HORARIOS DE MEDICACIÓN.
ACOMPAÑAR A CONTROLES MÉDICOS CUANDO SEA POSIBLE.
SUPERVISAR DISPONIBILIDAD CONTINUA DE MEDICAMENTOS.
FOMENTAR ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.
PROMOVER CAMINATAS O ACTIVIDAD FÍSICA EN GRUPO.
ESTAR ATENTOS A SIGNOS DE ALARMA: DOLOR TORÁCICO, MAREO INTENSO, VISIÓN BORROSA.
APOYAR EN EL CUIDADO DIARIO.
FACILITAR CONDICIONES SEGURAS EN EL HOGAR PARA PREVENIR ACCIDENTES

INSTITUCIONALES *

VINCULACIÓN ACTIVA AL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. CONTROL PERIÓDICO POR MEDICINA GENERAL Y/O ENFERMERÍA. SOLICITUD Y SEGUIMIENTO DE EXÁMENES DE LABORATORIO PARTICIPACIÓN EN ESCUELAS O GRUPOS EDUCATIVOS PARA PACIENTES CRÓNICOS. TALLERES SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y AUTOCONTROL. EDUCACIÓN CONTINUA SOBRE SIGNOS DE ALARMA. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE GARANTIZAR ENTREGA OPORTUNA DE MEDICAMENTOS.

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

174

Peso

85

Frecuencia respiratoria

14

Frecuencia cardiaca

84

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

135-89

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

100

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

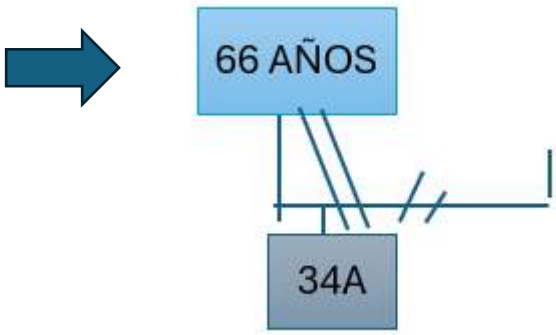
17.1 ARMANDO BARRERA MORENO ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

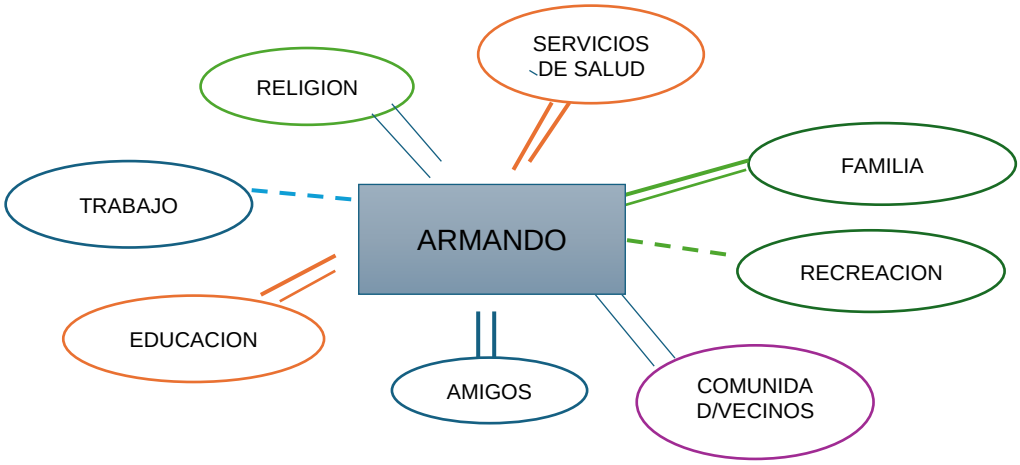
¿El formulario parece sospechoso? Informe

ARMANDO BARRERAA MORENO
66 AÑOS
CC 3026923
SANITAS - S
CEL 3142817673
SECTOR EL POZO





ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 3:33 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

LAURA BERNAL

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

TATIANA

SEGUNDO NOMBRE

MILENA

PRIMER APELLIDO *

MEDINA

SEGUNDO APELLIDO

OQUENDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072592302

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 01 / 1988

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

CANCER DE TIMO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [x] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA

- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3164547112

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, SEGUNDA ENTRADA CALLEJON A MANO IZQUIERDA, PORTERIA REJAS NEGRAS PRIMERA CASA DE DOS PISOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

7 AÑOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI_X___NO___
FECHA DE ULTIMO CONTROL: __1 MES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI__X__NO_____ FECHA DE ULTIMO CONTROL _____
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI__X__NO____ FECHA DE ULTIMO CONTROL 8 MESES
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI ____ NO__X__ OBSERVACIÓN:
_____
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI____ NO___X__
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI__X__ NO _____
CITOLOGÍAS: SI____NO __ NA____ADN VPH: SI____NO X___ NA___ FECHA DE EXAMEN
_____
MAMOGRAFÍA: SI____NO ___ NA__X_FECHA DE EXAMEN_____AUTOEXAMEN
DE SENO SI___NO __X__
PLANIFICACIÓN: SI_X___NO ____ CUAL: INYECCION
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL

SI____NO_X___ CUAL _____RECIBE TRATAMIENTO SI____NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS__3__ INFLUENZA SI____NO__X__
CONSUMO DE SPA SI_____NO__X___ CUAL:
TRATAMIENTO: QUIMIOTERAPIA CADA 15 DIAS , ANALGESIA
ANTECEDENTES FAMILIARES: MAMA CON CANCER DE ESTOMAGO, PAPA CANCER DE HUESO
SE BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD ENFATIZANDO LA IMPORTANCIA DE MANTENER UNA ADHERENCIA ESTRICTA AL TRATAMIENTO INDICADO, ASISTIR PUNTUALMENTE A CONTROLES MÉDICOS Y COMUNICAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO GENERAL. SE ORIENTA SOBRE RECONOCER SIGNOS DE ALARMA COMO FIEBRE PERSISTENTE, DOLOR INTENSO NO CONTROLADO, SANGRADO INUSUAL, DIFICULTAD RESPIRATORIA O PÉRDIDA MARCADA DE PESO, INDICANDO CONSULTA INMEDIATA. ASIMISMO, SE PROMUEVE UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA SEGÚN TOLERANCIA, ADECUADA HIDRATACIÓN, DESCANSO SUFICIENTE Y APOYO EMOCIONAL CONTINUO, FORTALECIENDO LA RED FAMILIAR Y SOCIAL. SE REFUERZA LA IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO, EL MANEJO DEL ESTRÉS Y LA BÚSQUEDA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO CUANDO SEA NECESARIO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

CUMPLIR ESTRICTAMENTE AL TRATAMIENTO (QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, CIRUGÍA O MANEJO FARMACOLÓGICO SEGÚN CORRESPONDA).
MANTENER UN PLAN DE ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y ADECUADA HIDRATACIÓN.
FOMENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA LEVE SEGÚN TOLERANCIA.
PROMOVER ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SALUDABLES.

FAMILIARES *

ORIENTACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA QUE REQUIEREN CONSULTA INMEDIATA.
PROMOCIÓN DE COMUNICACIÓN ABIERTA Y APOYO EMOCIONAL CONSTANTE.
SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MÉDICAS.

INSTITUCIONALES *

VERIFICACIÓN DE VINCULACIÓN ACTIVA A PROGRAMA ONCOLÓGICO. REMISIÓN A PSICOLOGÍA PARA APOYO EMOCIONAL. ACTIVACIÓN DE RUTA DE CUIDADOS PALIATIVOS SI LA CONDICIÓN CLÍNICA LO AMERITA.

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

170

Peso

67

Frecuencia respiratoria

16

Frecuencia cardiaca

78

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

120-77

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

74

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

18. 1 TATIANA MILENA MEDINA OQUENDO ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

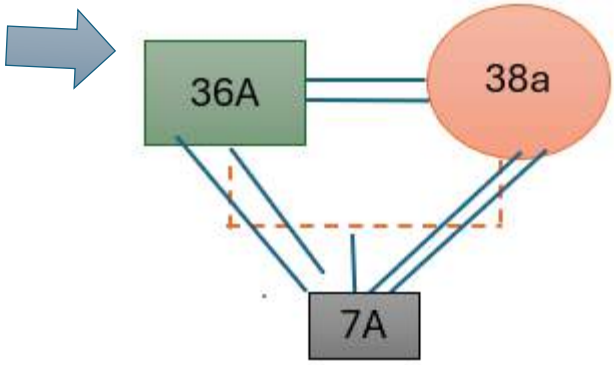
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

Unidos por su Salud

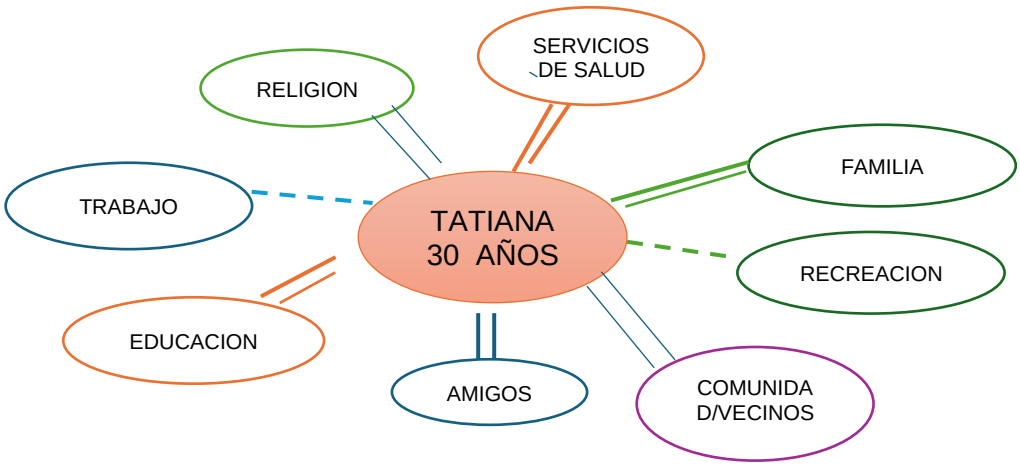
TATIANA MILENA MEDINA OQUENDO

30 AÑOS
CE 22692693
SIN ASEGURAMIENTO
CEL 3203186809
SECTOR EL POZO





ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 5:46 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

LAURA BERNAL

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO PADRE GESTANTE MENOR DE EDAD

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

05 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE

ENRIQUE

PRIMER APELLIDO *

PEREZ

SEGUNDO APELLIDO

PEREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

4061016

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 09 / 1970

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA

- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3203647660

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

CL

NÚMERO DE LA DIRECCIÓN
EJEMPLO KR **14C**#9-34 EN ESTE CASO ES **14C**
*

35

INFORMACIÓN DE CRUZE
EJEMPLO KR 14C#**9**-34 EN ESTE CASO ES **9**
*

28

NÚMERO DE CASA O FINAL
EJEMPLO KR 14C#9-**34** EN ESTE CASO ES **34**
*

30

COMPLEMENTO CARDINAL
EJEMPLO KR 14C#9-34 **NORTE** EN ESTE CASO ES **NORTE**

1E

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

16 AÑOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO DE ALTERACION FISICA Y EMOCIONAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI_X__NO___
FECHA DE ULTIMO CONTROL:
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI____NO__X____ FECHA DE ULTIMO CONTROL
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI____NO_X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI __X__ NO____ OBSERVACIÓN: _CAMINAR- BICICLETA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI_X___ NO_____
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI__X__ NO _____
PSA SI____NO ____ NA_X___ FECHA DE EXAMEN_____
SOMF SI____NO _____ NA_X__ FECHA DE EXAMEN: _____
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL
SI____NO_X___ CUAL _____RECIBE TRATAMIENTO SI____NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS_2___ INFLUENZA SI____NO_X___
CONSUMO DE SPA SI_____NO__X___ CUAL:
TRATAMIENTO: NINGUNO
ANTECEDENTES FAMILIARES: PAPA CIRRISIS
SE RECOMIENDA LLEVAR UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA RICA EN FRUTAS, VERDURAS, PROTEÍNAS Y AGUA, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR (AL MENOS 150 MINUTOS SEMANALES), DORMIR ADECUADAMENTE Y EVITAR EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL EN EXCESO Y OTRAS SUSTANCIAS NOCIVAS. ES IMPORTANTE MANTENER ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, ASISTIR A CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS Y REALIZAR TAMIZAJES SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO. ASIMISMO, SE DEBE FORTALECER EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL, FOMENTANDO ESPACIOS DE RECREACIÓN, MANEJO DEL ESTRÉS Y APOYO SOCIAL. ADOPTAR ESTAS PRÁCTICAS CONTRIBUYE A PREVENIR ENFERMEDADES CRÓNICAS Y A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SOLICITAR CITA POR RUTA DE ATENCION EN SALUD DEL ADULTO, PROMOVER HABITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, SOLICITAR VALORACION POR ODONTOLOGIA, SOLICITAR VALORACION POR OPTOMETRIA

FAMILIARES *

MODELAR Y FOMENTAR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES, BRINDAR APOYO EMOCIONAL Y ESCUCHAR LAS NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, , FOMENTAR CONCIENCIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD Y EL BIENESTAR, MANTENER ENTORNOS SEGUROS, LIMPIOS Y SALUDABLES, PREVENIR ENFERMEDADES.

INSTITUCIONALES *

EVITAR BARRERAS DE ACCESO PARA LA ASISTENCIA MEDICA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

178

Peso

889

Frecuencia respiratoria

16

Frecuencia cardiaca

101

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

125-70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

113

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

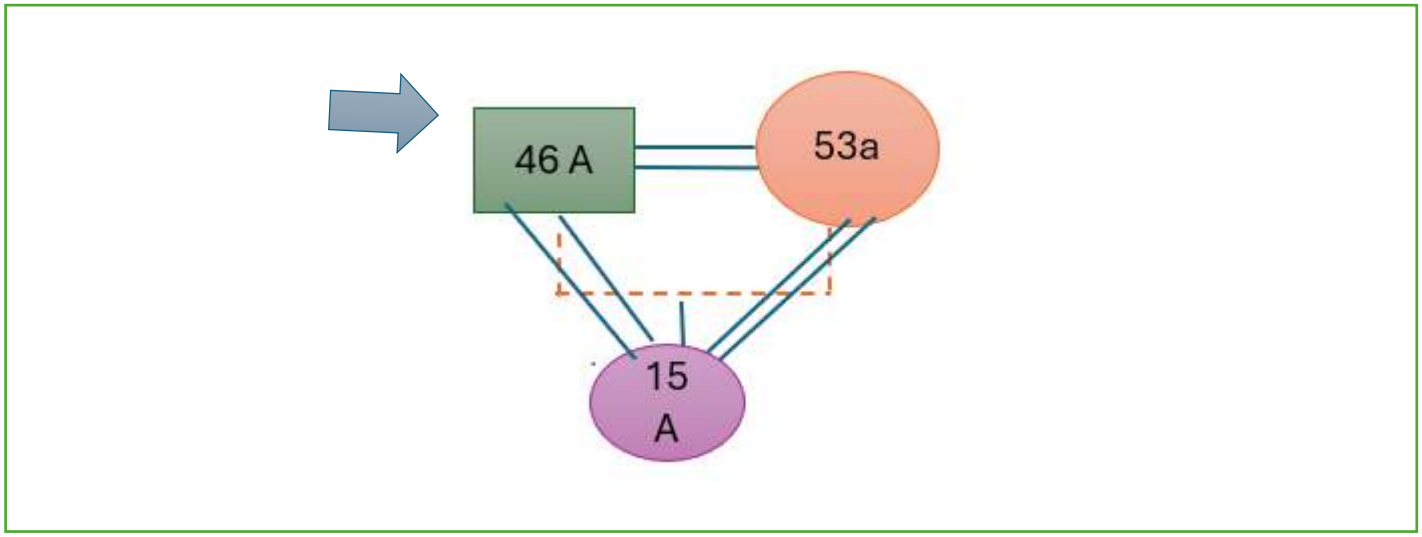
19. 1 LUIS ENRIQUE PEREZ PEREZ ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

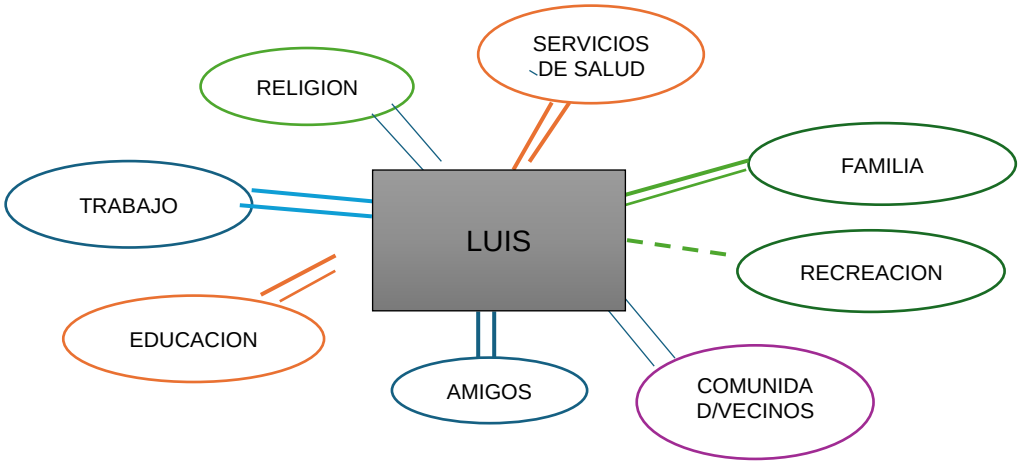
¿El formulario parece sospechoso? Informe

LUIS ENRIQUE PEREZ PERES

46 AÑOS
CC 4061016
FAMISANAR CONTRIBUTIVO
CEL 3203647660
CALLE 35 # 1B 28-30 TRES ESQUINAS



ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 6:24 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

LAURA BERNAL

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO GESTANTE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

05 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

SHARIT

SEGUNDO NOMBRE

JULIANA

PRIMER APELLIDO *

PEREZ

SEGUNDO APELLIDO

SUAREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1049630809

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 07 / 2015

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

ENRIQUE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

PEREZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

PEREZ

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3203647660

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

.....

Antecedentes Personales en Salud: *

EMBARAZO DE 4 SEMANAS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [x] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3125897806

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

CL

NÚMERO DE LA DIRECCIÓN
EJEMPLO KR **14C**#9-34 EN ESTE CASO ES **14C**
*

35

INFORMACIÓN DE CRUZE
EJEMPLO KR 14C#**9**-34 EN ESTE CASO ES **9**
*

28

NÚMERO DE CASA O FINAL
EJEMPLO KR 14C#9-**34** EN ESTE CASO ES **34**
*

39

COMPLEMENTO CARDINAL
EJEMPLO KR 14C#9-34 **NORTE** EN ESTE CASO ES **NORTE**

1B

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

EMBARAZO ADOLECENTE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

EDAD GESTACIONAL: 4 SEMANAS
FUM 07-01-2026
G 1 V0 P0 C0 A0 E0
EMBARAZO ALTO RIESGO_X__ BAJO RIESGO____
FPP
FECHA DEL ÚLTIMO PARTO NO APLICA
SEMANA EN LA QUE INICIO CONTROL PRENATAL 4 SEMANA
FECHA DE ULTIMO CONTROL PRENATAL 30-01-2026
FECHA DE ULTIMA ECOGRAFÍA_____
FECHA ÚLTIMOS LABORATORIOS_____
CITOLOGÍA SI___NO_X____FECHA DE EXAMEN_____
MICRONUTRIENTES ACTUALMENTE SI_X___ NO_____ CUALES HIERRO, ACIDO FOLICO Y CALCIO
VACUNA DE INFLUENZA(SEM 14) SI_____NO_X_____ DPT (SEMANA 26) SI____NO____
VALORACIONES: PSICOLOGÍA SI_X__ NO___ ODONTOLOGÍA SI___ NO_X__ NUTRICIÓN SI___NO_X__ENFERMERIA,SI___NO, X
MÉTODO DE PLANIFICACION POS- PARTO:
ANTECEDENTES FAMILIARES : NINGUNO CONOCIDO
MENOR DE EDAD QUE EN EL MOMENTO DE LA VISITA SE ENCUENTRA EN PROCESO DE DECIDIR LA SOLICITUD DE LA IVE, SE HACE ACOMPAÑAMIENTO EN COMPAÑIA DE LA JEFE JULIANA, SE INFORMA Y ORIENTA EN LOS RIESGOS DEL EMBARAZO Y LOS RIESGOS DE LA IVE. SE REALIZARA POSTERIOR SEGUIMIENTO DESPUES DEL 10 DE FEBRERO. SE INFORMAN SIGNOS DE ALARMA DURANTE ESTE PRIMER TRIMESTRE

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTENCIA A CONTROL MEDICO O DE GINECOLOGIA, SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA, CONTINUAR ASISTIENDO AL COLEGIO, ESTAR ATENTA A PRESENCIA DE SIGNOS DE ALARMA

FAMILIARES *

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES, ACOMPAÑAR A CITAS MEDICAS, APOYO EN ASPECTO EDUCATIVO

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO POR JEFE REFERENTE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SEGUIMIENTO POR RUTA MATERNO PERINATAL

Observaciones / hallazgos encontrados

SE REMITE VALORACION POR PSICOLOGIA

Talla

152

Peso

56

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

84

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

100-60

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

20. 1 SHARIT JULIANA PEREZ SUAREZ ECO - olga segura.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

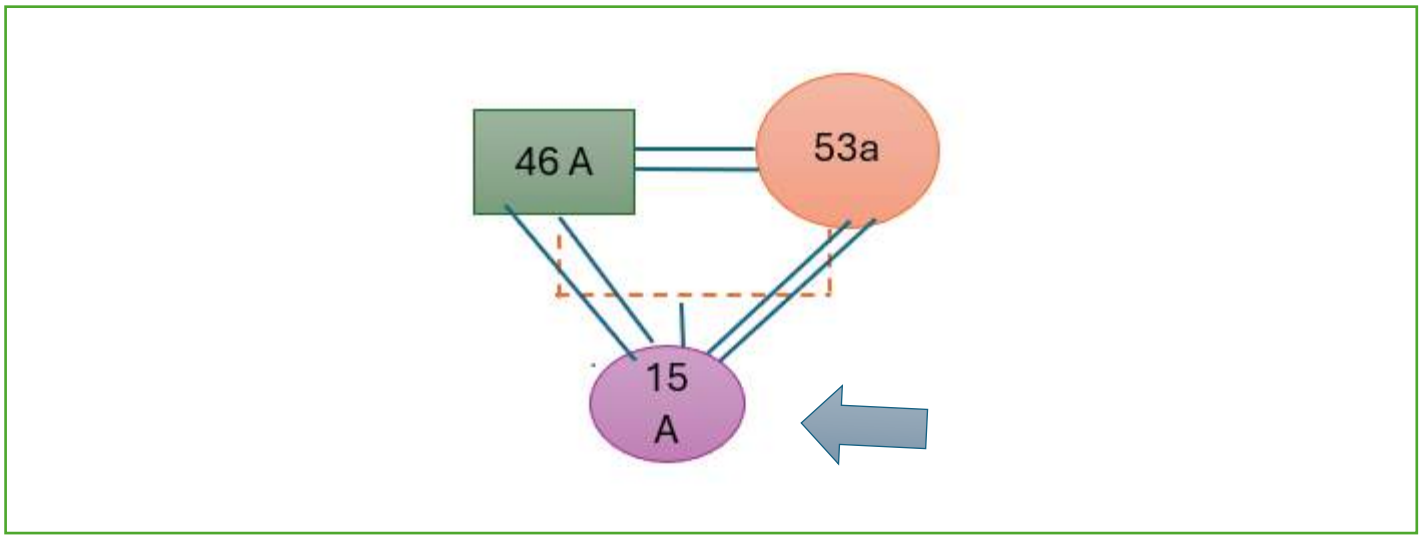
¿El formulario parece sospechoso? Informe

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

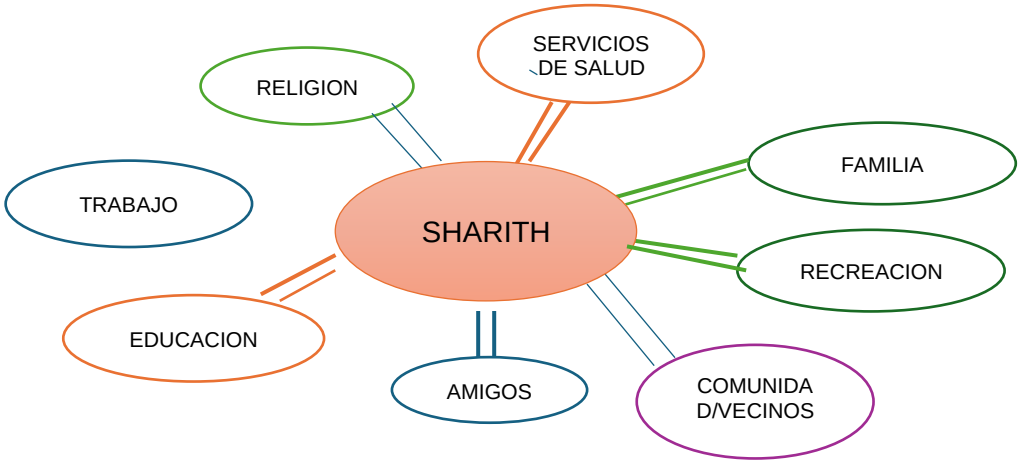
Unidos por su Salud

SHARIT JULIANA PEREZ SUAREZ
15AÑOS
TI 1049630809
FAMISANAR CONTRIBUTIVO
CEL 3125897806
CALLE 35 # 1B 28-30 TRES ESQUINAS





ECOMAPA





Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 6:44 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

MELISSA COGUA

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

05 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BLANCA

SEGUNDO NOMBRE

ROCIO

PRIMER APELLIDO *

HERRERA

SEGUNDO APELLIDO

HERRERA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

39730556

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

14 / 10 / 1976

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA

- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [x] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3132493233

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO, RESTAURANTE

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

17 AÑOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

RIESGO DE ALTERACION EN SALUD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SEGÚN CICLO VITAL O RIESGO: SI_X__NO___
FECHA DE ULTIMO CONTROL: NOV 2025
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI____NO__X____ FECHA DE ULTIMO CONTROL NOV 2025
CONTROL DE OPTOMETRÍA SI____NO_X___ FECHA DE ULTIMO CONTROL
REALIZA ACTIVIDAD FISCA: SI ____ NO_X___ OBSERVACIÓN: _
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI_X___ NO_____
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS SI__X__ NO _____
CITOLOGÍAS: SI____NO X__ NA____ADN VPH: SI____NO _X__ NA __ FECHA DE EXAMEN _____
MAMOGRAFÍA: SI____NO X___ NA___FECHA DE EXAMEN_____AUTOEXAMEN DE SENO SI_X__NO ____
PSA SI____NO _X___ NA___ FECHA DE EXAMEN_____
SOMF SI____NO __X___ NA___ FECHA DE EXAMEN: _____
PLANIFICACIÓN: SI____NO _X___ CUAL:
SALUD MENTAL: PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL SI____NO_X___ CUAL _____RECIBE TRATAMIENTO SI____NO____
VACUNAS: COVID SI_X___NO____ DOSIS_3__ INFLUENZA SI____NO_X___

CONSUMO DE SPA SI_____NO__X___ CUAL:
TRATAMIENTO: NINGUNO
ANTECEDENTES FAMILIARES: MAMA CANCER DE ESTOMAGO
SE BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD ORIENTADA A LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE RIESGOS, ENFATIZANDO LA IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, ADECUADO DESCANSO Y MANEJO DEL ESTRÉS. SE REFUERZA LA NECESIDAD DE ASISTIR A CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS, REALIZAR TAMIZAJES SEGÚN SU EDAD (COMO CITOLOGÍA CERVICOUTERINA, VPH, MAMOGRAFIA), EJERCER SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS CON INFORMACIÓN Y AUTONOMÍA. ASIMISMO, SE PROMUEVE EL AUTOCUIDADO EMOCIONAL, LA IDENTIFICACIÓN DE SEÑALES DE ALARMA EN SU SALUD FÍSICA Y MENTAL Y LA BÚSQUEDA OPORTUNA DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SOLICITAR ORDEN PARA CITOLOGIA- VPH, ORDEN PARA MAMOGRAFIA, IMPLEMENTAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 VECES POR SEMANA, SOLICITAR VALORACION POR OPTOMETRIA, SOLICITAR EXAMEN CLINICO DE MAMA, SOLICITAR ATENCION ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO.

FAMILIARES *

MODELAR Y FOMENTAR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES, BRINDAR APOYO EMOCIONAL Y ESCUCHAR LAS NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, FOMENTAR CONCIENCIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD Y EL BIENESTAR, MANTENER ENTORNOS SEGUROS, LIMPIOS Y SALUDABLES, PREVENIR ENFERMEDADES.

INSTITUCIONALES *

ELIMINAR BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD, INCLUIR EN RUTA DE ATENCION DEL ADULTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

165

Peso

70

Frecuencia respiratoria

14

Frecuencia cardiaca

88

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

126-77

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

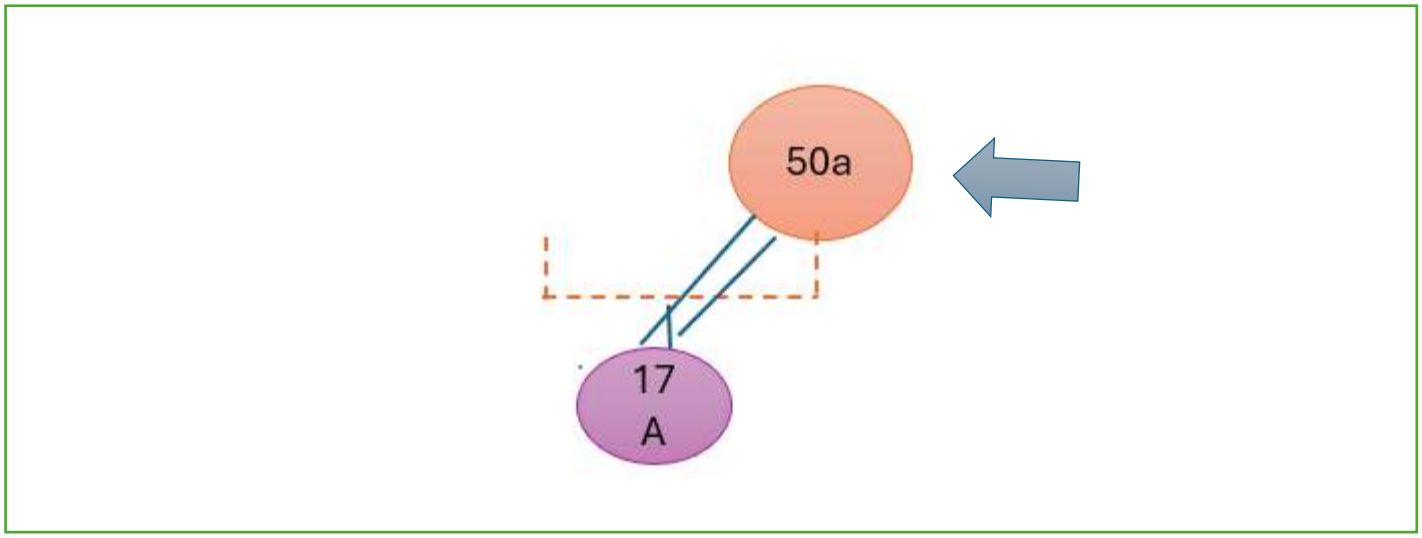
Archivos enviados

21.1 BLANCA ROCIO HERRERA HERRERA ECO - olga segura.pdf

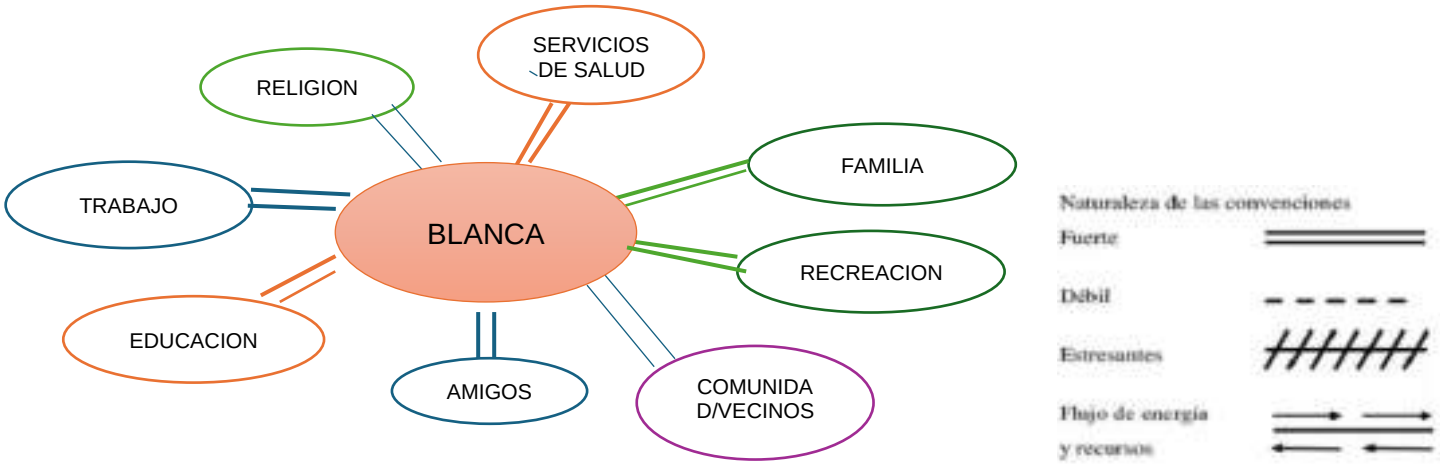
Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

BLANCA ROCIO HERRERA HERRERA
50 AÑOS
CC 39730556
NUEVA EPS - S
CEL 3132493233
SECTOR EL POZO



ECOMAPA



Gmail olga segura <olgasegura2612@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 8:06 p.m.
Para: olgasegura2612@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo electrónico *

olgasegura2612@gmail.com

REMITIDO POR: *

MELISSA COGUA