NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMÁ 30-PAPÁ 32- HERMANO 14

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

LA BEBÉ SE ENCUENTRA BAJO EL CUIDADO D ELA MAMÁ, QUE PRESENTA ASMA CRÓNICO, CUENTA CON SERVICIOS DE SALUD Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE ORIENTA EN PROCESO D ELACTANCIA MATERNA, SE INDICA A LIBRE DEMANDA Y SE LE INFORMA QUE DEBE PROCURAR SUMINISTRAR EL PECHO DURANTE EL MAYOR TIEMPO POSIBLE

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE ORIENTA EN TIEMPOS PARA INICIO D ELA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, SE REFUERZA LOS BENEFICIOS D ELA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

FAMILIARES *

SE BRINDA EDUCACIÓNA LA FAMILIA PRESNETE EN LA VISITA

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA OFERTA INSTTUCIONAL POR MEDIO DE LA CASA D ELA MUJER Y SE MOTIVA A LA REGULARIZACIÓN POR PARTE DE LA FAMILIA

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA MADRE RECEPTIVA CON LA INFORMACIÓN, AGRADECE LA VISITA

Talla

59

Peso

5,9

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

11 FEB-DORIETH NAIYELIS ZAMBRANO ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

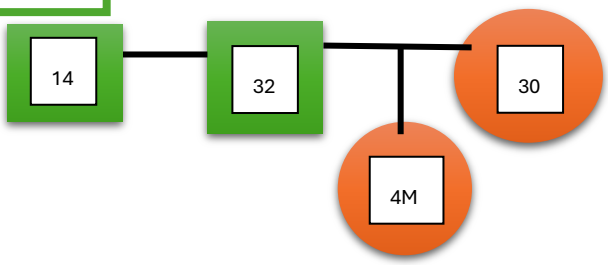
¿El formulario parece sospechoso? Informe

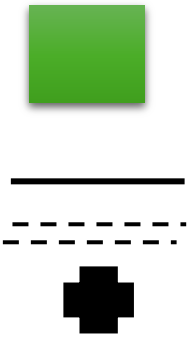
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: DORIETH NAIYELIS ZAMBRANO FERNANDEZ
EDAD: 4 MESES
DOCUMENTO: RC 1075695328
EPS: NUEVA EPS-SUBSIDIADA
CELULAR: 3203186809
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO

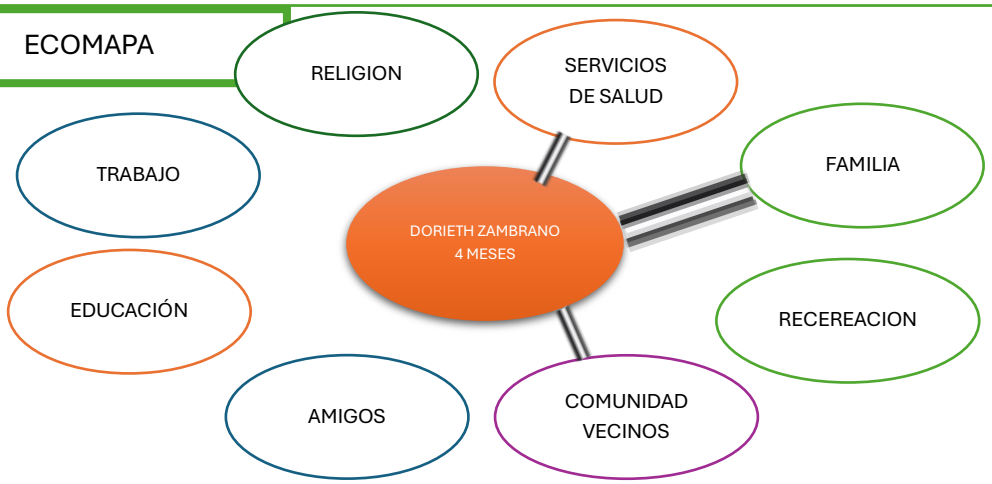


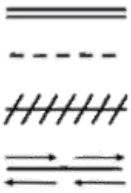
FAMILIOGRAMA



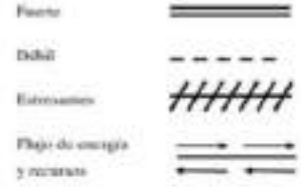


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 7:05
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NURICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

KLEIDERMAN

SEGUNDO NOMBRE

STIVEN

PRIMER APELLIDO *

ZAMBRANO

SEGUNDO APELLIDO

SANTANA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

34980975

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 06 / 2011

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

YOHANNYS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

MAYLEEN

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

FERNANDEZ

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

MIJARES

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE

3203186809

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: *

NO REPORTA

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 *

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPA 32-MADRASTRA 30-HERMANA 4 M

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ACTUALMENTE ESCOLARIZADO, SIN EMBARGO, EXPRESA QUE NO LE GUSTA SALIR, PERMANECE MUCHO TIEMPO EN SU CUARTO, USO PROLONGADO DEL CELULAR Y TELEVISIÓN

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA EDUCACIÓN NUTRICIONAL, PRESENTA RIESGO NUTRICIONAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

IMC DELGADEZ, ASOCIADO A BAJA INGESTA ALIMENTARIA POR INSEGURIDAD ALIMENTARIA, RECIBE BENEIFICIO DE ALIMENTACIÓN DEL PROGRAMA PAE, SE EDUCA EN HABITOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

FAMILIARES *

SE EDUCA EN COMPAÑIA D ELA FAMILIA PRESENTE EN LA VISITA

INSTITUCIONALES *

SE LE INFORMA SOBRE LA OFERTA DE SERVCIIOS PARA SU GRUPO ETÁREO EN EL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA INTERESADO EN LA PRÁCTICA DE UN DEPORTE

Talla

175

Peso

48.3

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

11 FEB-KLEIDERMAN ZAMBRANO ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

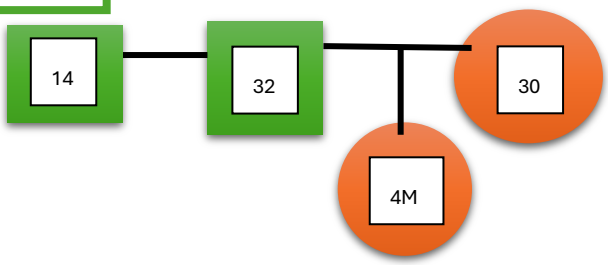
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

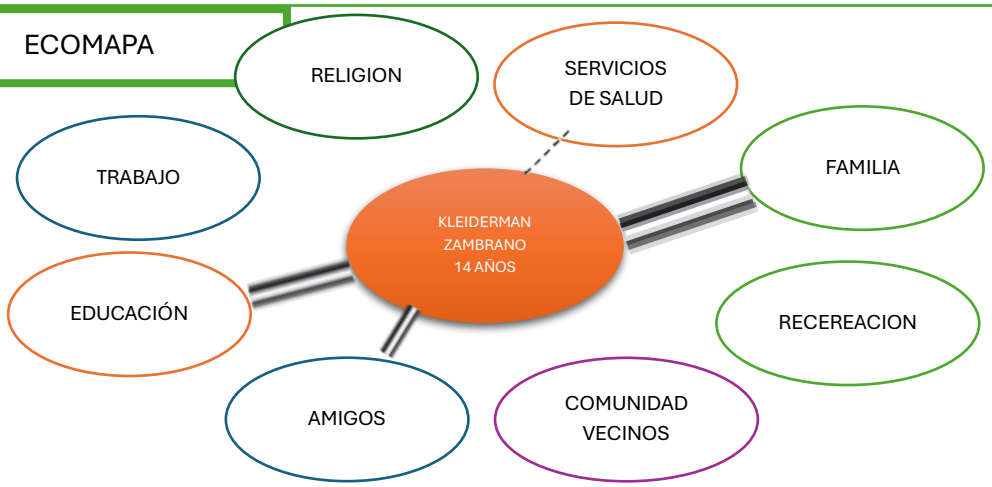
NOMBRE COMPLETO: KLEIDERMAN STEVEN ZAMBRANO SANTANA
EDAD: 14 AÑOS
DOCUMENTO: CE 34980975
EPS: SIN ASEGURAMIENTO
CELULAR: 3203186809-3208915048
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:01
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIZMAR

SEGUNDO NOMBRE

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: *

NO REPORTA

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 *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

COMPAÑERO 23

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

EXPRESA NO TENER INTERÉS EN ESTUDIAR O CAPACITARSE, UNA VEZ SU PAREJA SE VA AL TRABAJO SE ACUESTA A DORMIR Y SE DESPIERTA POR LA TARDE CUANDO ES LA HORA DE LLEGADA DE SU COMPAÑERO DEL TRABAJO, NO PLANIFICA, TIENE INTERÉS EN QUEDAR EMBARAZADA EN ALGÚN MOMENTO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE EVIDENCIA DEFICIT CALÓRICO IMPORTANTE, DEFICIENTE SALUD ORAL, SIN OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE, POCO INTERÉS EN ADOPTAR HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE LE INFORMAN LOS RIESGOS PARA LA SALUD DE MANTENER UN PESO TAN BAJO, ASÍ COMO EN CASO DE QUEDAR EMBARAZADA, SE ORIENTA EN EDUCACIÓN NUTRICIONAL, NO MUESTRA INTERÉS

FAMILIARES *

NO SE ENCUENTRAN FAMILIARES AL MOMENTO DE LA VISITA

INSTITUCIONALES *

SE LE INFORMA SOBRE LA IMPORTANCIA DE REGULARIZAR SU SITUACIÓN EN EL PAIS

Observaciones / hallazgos encontrados

MUESTRA POCO INTERÉS EN REALIZAR PROCESOS QUE FAVOREZCAN EL BUEN VIVIR

Talla

159

Peso

38.2

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

PDF 11 FEB-LIZMAR FERNANDEZ ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

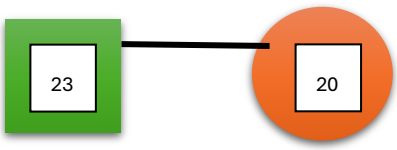
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LIZMAR FERNANDEZ CASTILLO
EDAD: 20 AÑOS
DOCUMENTO: CE 31492131
EPS: SIN ASEGURAMIENTO
CELULAR: 3133303245
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO

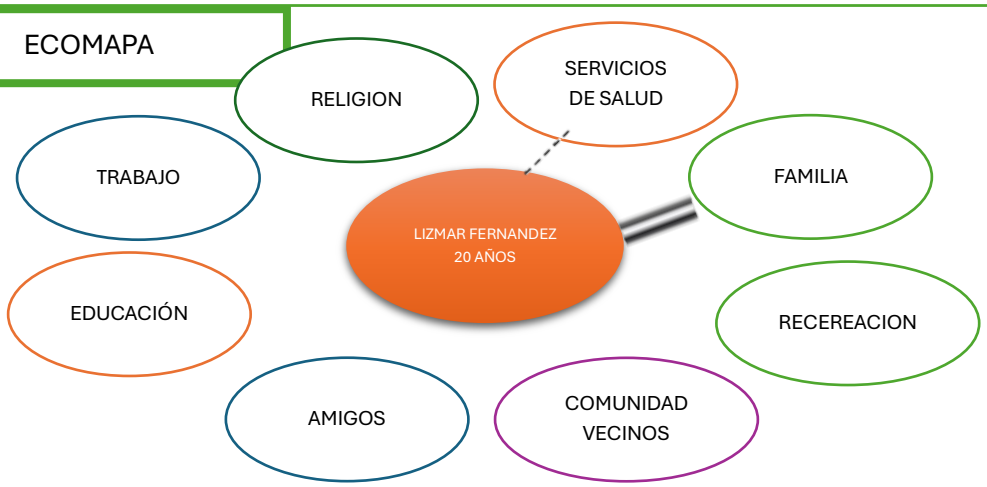


FAMILIOGRAMA





ECOMAPA





Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:13
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JENNIFER

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: *

NO REPORTA

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M2

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MUJER CABEZA DE FAMILIA, QUE LABORA Y TIENE A HIJA EN JARDÍN INFANTIL DE PRIMERA INFANCIA, NO RECIBE APOYO ECONÓMICO DEL PAPÁ DE LA NIÑA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE ORIENTA EN LA SELECCIÓN ADECUADA D ELOS ALIMENTOS, PREPARACIÓN Y CONSERVACIÓN, SE SENSIBILIZA EN LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN IUNFANTIL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE LE BRINDAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES, ORIENTANDO EN LA IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, AGUA, PROTEÍNAS, CARBOHIDRATOS Y LEGUMINOSAS

FAMILIARES *

LA EDUCACIÓN SE BRINDA PARA ELLA Y SU HIJA QUE CONFORMAN EL NÚCLEO FAMILIAR

INSTITUCIONALES *

SE LE ORIENTA EN LA OFERTA IINSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

.....

Frecuencia respiratoria

.....

Frecuencia cardiaca

.....

Saturación de oxigeno

.....

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Archivos enviados

PDF 12 FEB-JENNIFER ACUÑA ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.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

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: JENNIFER ACUÑA JIMENEZ

EDAD: 22 AÑOS

DOCUMENTO: CC 1003197571

EPS: SALUDTOTAL-CONTRIBUTIVO

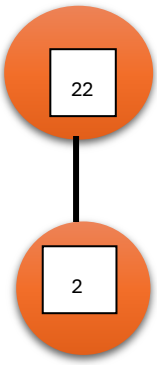
CELULAR: 3043596121

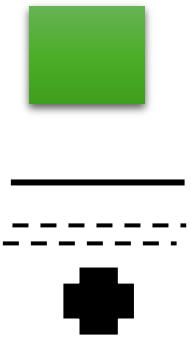
VEREDA: BOJACA

SECTOR: EL POZO

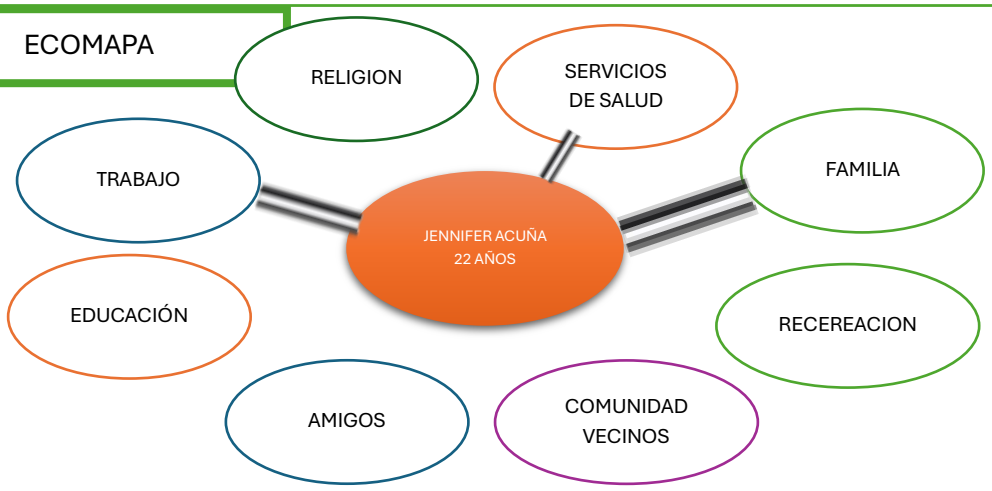


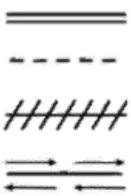
FAMILIOGRAMA



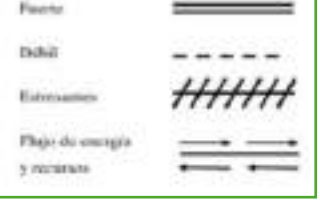


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:23
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

TAMIZAJE NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 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 *

JENNIFER

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ACUÑA

PRIMER 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: *

NO REPORTA

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMÁ

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

LA NIÑA SE ENCUENTRA INSCRITA AL PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA DE ICBF

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE EVIDENCIAN CUIDADOS DE ASE, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE ORIENTA A LA AMDRE EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE DE LA PRIMERA INFANCIA Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA

FAMILIARES *

SE EDUCA A MADRE E HIJA

INSTITUCIONALES *

SE LE BRINDA LA OFERTA INSTITUCIONAL, PRINCIPALEMNTE PROGRAMAS QUE CUENTAN CON ACTIVIDADES LOS FINES DE SEMANA

Observaciones / hallazgos encontrados

CUENTA CON RED DE APOYO EN CASO DE SITUACIONES EN QUE SE REQUIERA

Talla

90

Peso

11.9

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

14

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

12 FEB-EDZALIETH SANTANDER ACUÑA ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.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

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: EDZALITH SANTANDER ACUÑA

EDAD: 2 AÑOS

DOCUMENTO: RC 1063978531

EPS: SALUDTOTAL-CONTRIBUTIVO

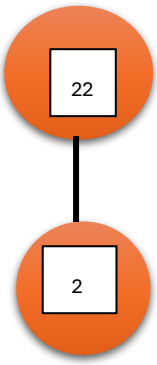
CELULAR: 3043596121

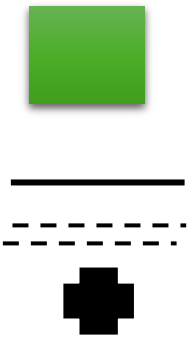
VEREDA: BOJACA

SECTOR: EL POZO

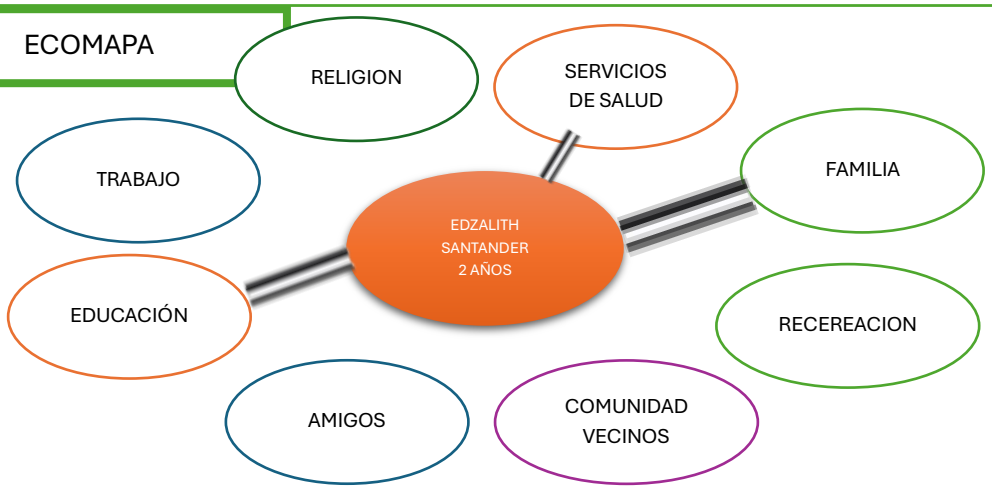


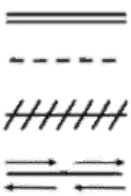
FAMILIOGRAMA



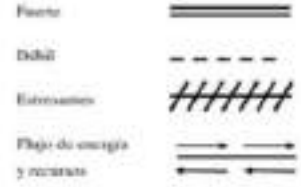


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gobernación de Cundinamarca

Carrera 10 No. 8 – 24 Teléfono: 5140707
E-mail: hchia@esehospitalchia.gov.co Web: www.esehospitalchia.gov.co

Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 7:48
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA-GESTANTE

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LINA

SEGUNDO NOMBRE

MARCELA

PRIMER APELLIDO *

ACUÑA

SEGUNDO APELLIDO

JIMENEZ

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: *

NO REPORTA

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H6

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MUJER CABEZA DE FAMILIA QUE VIVE CON SU HIJO DE 6 AÑOS, LABORA EN FLORES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE ORIENTA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y CUIDADO DE LA SALUD

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE LE INFORMA LA IMPORTANCIA DE MANTENER HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES DURANTE INFANCIA ASÍ COMO PARA LA GESTACIÓN, CONSIDERANDO QUE ES LA RESPONSABLE DE LA PRPEARACIÓN DE LOS ALIMENTOS DE ELLA Y SU HIJO

FAMILIARES *

NO HAY FAMILIA PRESENTE EN EL MOMENTO DE LA VISITA

INSTITUCIONALES *

SE LE SENSIBILIZA SOBRE OFERTA DE SERVICIOS DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

CUENTA CON RED DE APOYO PARA EL CUIDADO DESU HIJO, YA INICIÓ CONTROLES PRENATALES

Talla

160

Peso

66

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

12 FEB-LINA MARCELA ACUÑA ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LINA MARCELA ACUÑA

EDAD: 27 AÑOS

DOCUMENTO: CC 1003196624

EPS: SALUDTOTAL-CONTRIBUTIVO

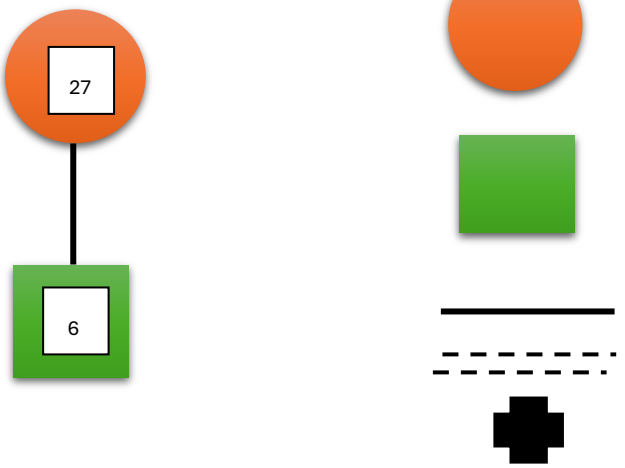
CELULAR: 3125191870

VEREDA: BOJACA

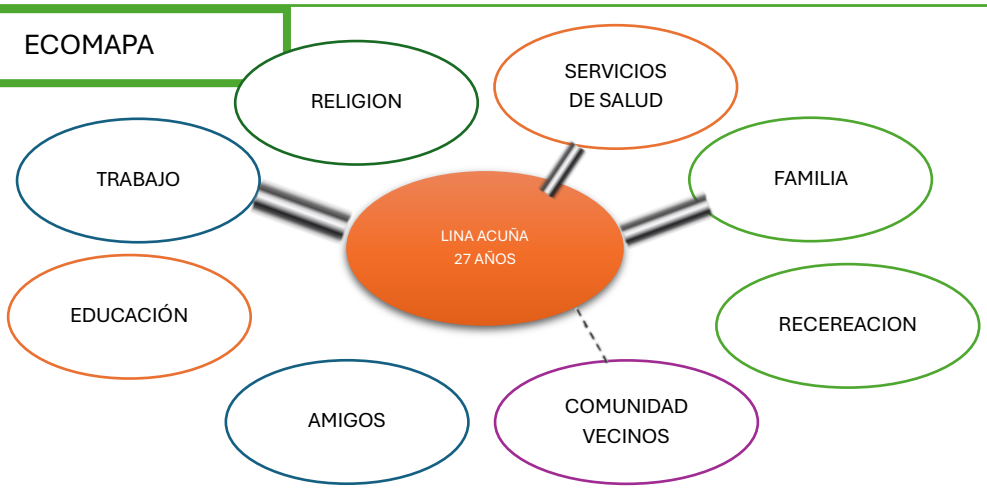
SECTOR: EL POZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:38
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

TAMIZAJE NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

OVER

SEGUNDO NOMBRE

CAMILO

PRIMER APELLIDO *

OROZCO

SEGUNDO APELLIDO

BUELVAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1065144798

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2025

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

MARIANA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

INES

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

BUELVAS

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

RIVERA

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE

3042349994

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REPORTA

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 *

3042349994

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMÁ

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MUJER QUE ACTUALMENTE NO LABORA, RECIBE APOYO DE SU FAMILIA PARA LOS ALIMENTOS DE ELLA Y DE SU HIJO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE EVIDENCIA APEGO A PECHO, LO CUAL NO PERMTE QUE EL NIÑO COMA ADECUADAMENTE LOS ALIMENTOS OFRECIDOS, REQUIERE PORTABILIDAD DE LA EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

EL NIÑO NO CONSUME ALIMENTOS ADECUADAMENTE, RECIBE LECHE MATERNA Y FORMULA, POCOS ALIMENTOS DE SAL, SE INDICA A LA MADRE LA IMPORTANCIA DE HACER TRANSICIÓN ALIMENTARIA A TEXTURA SÓLIDA. EL NIÑO PRESNETA RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA

FAMILIARES *

SE EDUCA A LA MADRE DEL NIÑO

INSTITUCIONALES *

SE LE BRINDA OFERTA INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO, SE SOLICITA REALIZAR PORTABILIDAD DE LA EPS Y DIRIGIRSE A HOSPITAL SAN ANTONIO PARA LOGRAR ATENCIÓN EN SALUD DEL NIÑO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Talla

72

Peso

13.8

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

13.6

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

12 FEB-OVER CAMILO OROZCO ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

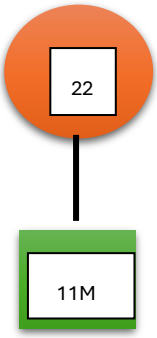
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

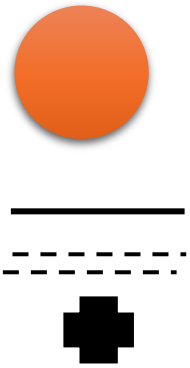
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: OVER CAMILO OROZCO BUELVAS
EDAD: 11 MESES
DOCUMENTO: RC 10651444798
EPS: MUTUAL SER-CONTRIBUTIVO
CELULAR: 304234994
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



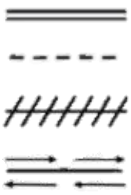
FAMILIOGRAMA



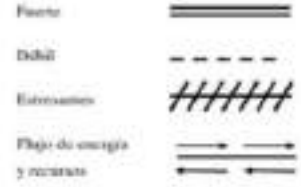


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:51
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

TAMIZAJE NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIANA

SEGUNDO NOMBRE

INES

PRIMER APELLIDO *

BUELVAS

SEGUNDO APELLIDO

RIVERA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1002259254

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 08 / 2003

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REPORTA

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 *

3042349994

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

11MESES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MUJER QUE ACTUALMENTE NO LABORA, CUENTA CON APOYO DE SU FAMILIA PARA LA ALIMENTACIÓN, REALIZA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA CON APEGO EXCESIVO POR PARTE DEL HIJO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LACTANCIA MATERNA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE ORIENTA EN PROCESO DE ALIMENTACIÓN PARA ELLA Y SU HIJO, SE ORIENTA EN EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA

FAMILIARES *

SE IMPARTE EDUCACIÓN PARA ELLA Y SU HIJO

INSTITUCIONALES *

SE LE BRINDA OFERTA INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA RIESGO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Talla

155

Peso

58.1

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

12 FEB-MARIANA BUELVAS ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

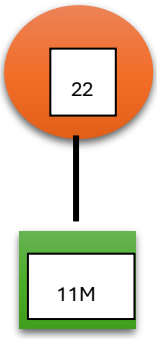
¿El formulario parece sospechoso? Informe

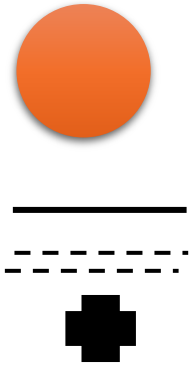
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: MARIANA INESBUELVAS
EDAD: 22 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1002259254
EPS: MUTUAL SER-CONTRIBUTIVO
CELULAR: 304234994
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO

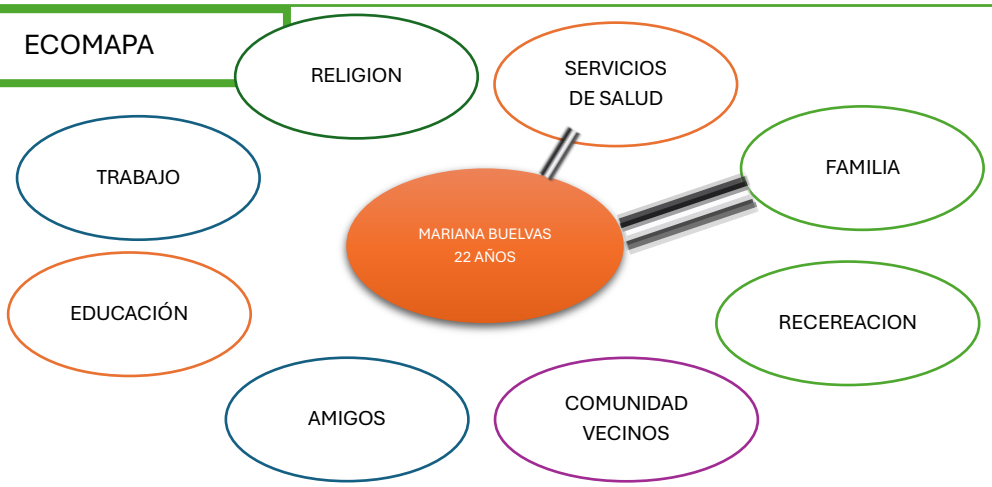


FAMILIOGRAMA





ECOMAPA





Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 9:16
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

TAMIZAJE NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

KEVIN

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

OROZCO

SEGUNDO APELLIDO

CHARRIS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1065124037

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

08 / 09 / 1998

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

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: *

NO REPORTA

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
- [x] 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 *

3143317592

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

COMPAÑERA 25

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

LABORA EN FLORES Y REALIZA ENCUENTRO CON AMIGOS LOS FINES DE SEMANA PARA JUGAR FUTBOL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA EDUCACIÓN NUTRICIONAL POR PRESENTARIM BAJO PESO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN NUTRICIONAL Y EN ACTIVIDAD FÍSICA, DEBIDO A QUE NO CUIDA LA ALIMENTACIÓN Y S EEXCEDE LOS FINES DE SEMANA JUGANDO 3 A 4 PARTIDOS DE FÚTBOL POR DÍA (SÁBADO Y DOMINGO) NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA SEMANA, SE LE INDICAN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN

FAMILIARES *

NO SE ENCUENTRA FAMILIA AL MOMENTO DE LA VISITA

INSTITUCIONALES *

SE LE OFRECE OFERTA INSTTUCIONAL DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA RIESGOS PARA LA SALUD POR EXCESO DE ACTIVIDAD FÍSICA, MALA ALIMENTACIÓN

Talla

56

Peso

170

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

12 FEB-KEVIN OROZCO CHARRIS ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

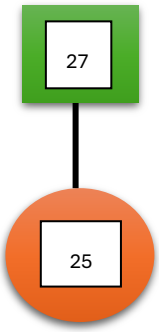
¿El formulario parece sospechoso? Informe

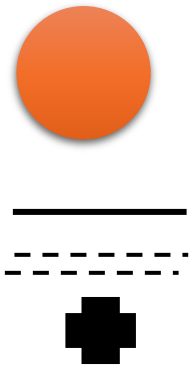
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: KEVIN OROZCO CHARRIS
EDAD: 27 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1065124037
EPS: SALUDTOTAL-CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3143317592
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



FAMILIOGRAMA





ECOMAPA





Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 15 de febrero de 2026 a las 12:47
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

⚠ 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) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

INSEGURIDAD ALIMENTARIA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

OSCAR

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

JIMENEZ

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

15551602

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 07 / 1979

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REPORTA

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 *

3125592957

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA ALTA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H14-M10

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

COMPAÑERA PERMANENTE

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

SE EVIDENCIA RIESGO PSICOSCIAL, PROVEEDOR ÚNICO DEL HOGAR, POBREZA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA CALCULO IMC ENCONTRANDO PESO ADECUADO, SIN EMBARGO,PRESENTA PERDIDA DE PESO DE APROXIMADAMENTE 5 KG, TIENE BAJA INGESTA ALIMENTARIA POR DIFICULTADES EN EL ACCESO A LOS ALIMENTOS POR MOTIVOS ECONÓMICOS, REQUIERE DESPARASITACIÓN, ES ELÚNICO PROVEEDOR ECONÓMICO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN NUTRICIONAL, INDICANDO ALIMENTOS CON APORTE NUTRICIONAL IMPORTANTE Y A BAJO COSTO

FAMILIARES *

SE EDUCA JUNTO A SU ESPOSA Y SE BRINDAN ORIENTACIONES EN ALIMENTACIÓN

INSTITUCIONALES *

SE LE INFORMA LA IMPORTANCIA DE REGULARIZARSE PARA PODER ACCEDER A UN EMPLEO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Talla

163

Peso

56

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

13FEB-OSCAR JIMENEZ ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

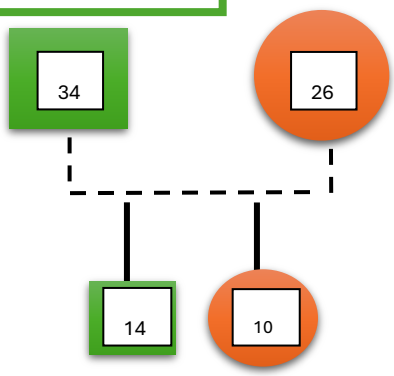
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: OSCAR JIMENEZ
EDAD:43 AÑOS
DOCUMENTO: CE 15551602
EPS: SIN EPS
CELULAR: 3125592957
VEREDA: YERBABUENA
SECTOR: YERBABUENA ALTA

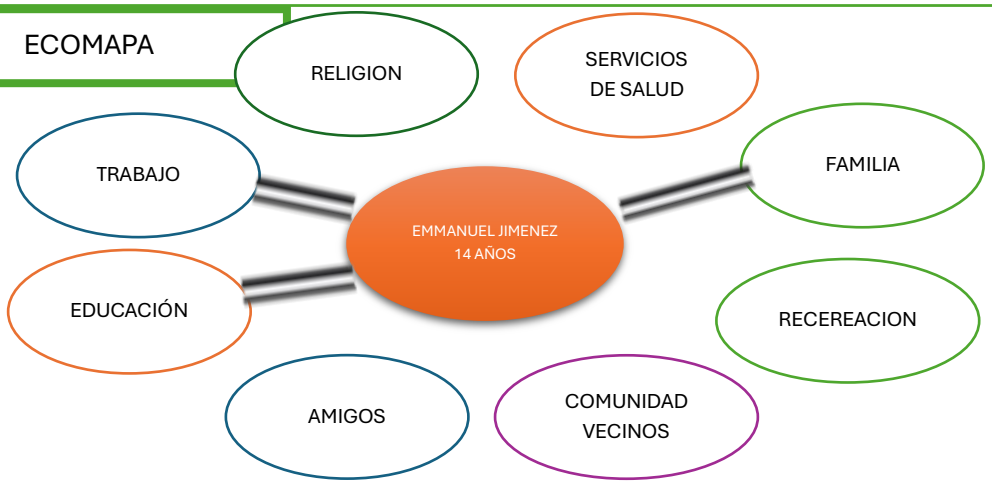


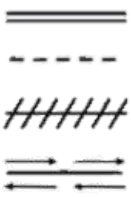
FAMILIOGRAMA



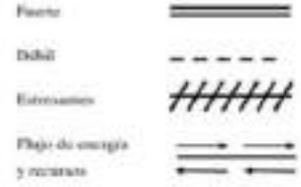


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 15 de febrero de 2026 a las 11:46
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

⚠ 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) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

MARILUS RODRIGUEZ

MOTIVO VISITA *

SIN ASEGURAMIENTO-INSEGURIDAD ALIMENTARIA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

OSCARLY

SEGUNDO NOMBRE

MARGARITA

PRIMER APELLIDO *

JIMENEZ

SEGUNDO APELLIDO

RUIZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Menor sin Identificar

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1111111111

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 05 / 2015

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

OSCAR

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

JIMENEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3125592957

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: *

NO REPORTA

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 *

3125592957

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA ALTA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPÁ-MAMÁ Y HERMANO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

SE EVIDENCIA ALTO RIESGO PSCOSOCIAL ASOCIADO A POBREZA, ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS, SIN REGULARIZAR SITUACIÓN EN EL PAÍS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA LA TOMA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS EN COMPAÑIA DEL PADRE, LA NIÑA REPORTA UN IMC BAJO PESO, EVIDENCIAND SIGNOS FÍSICOS DE DEFICIENCIA DE NUTRIENTES, DELGADEZ, PALIDEZ, RESEQUEDAD EN PIEL Y CABELLO, LA FAMILIA

PRESENTA MUCHAS DIFICULTADES ECONÓMICAS Y DE ACCESO A LA ALIMENTACIÓN-INSEGURIDAD ALIMENTARIA, NO CUENTA CON ASEGURAMIENTO, MIGRANTE IRREGULAR, ACTUALMENTE ESTUDIA EN COLEGIO YERBABUENA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE SENSIBILIZA SOBRE EL CONSUMO D ELOS ALIMENTOS EN EL COLEGIO QUE SE OFRECEN A TRAVÉS DEL PAE, PARA GARANTIZAR UN MEJOR APORTE DE CALORÍAS Y NUTRICIENTES

FAMILIARES *

SE REALIZA EDUCACIÓN AIMENTARIA PADRE Y MADRE

INSTITUCIONALES *

SE LES MOTIVA A PARTICIPAR D ELAS ACTIVIDADES DE LA OFERTA INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Talla

140

Peso

26.5

Frecuencia respiratoria

.....

Frecuencia cardiaca

.....

Saturación de oxigeno

.....

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Archivos enviados

3FEB-OSCARLY JIMENEZ ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

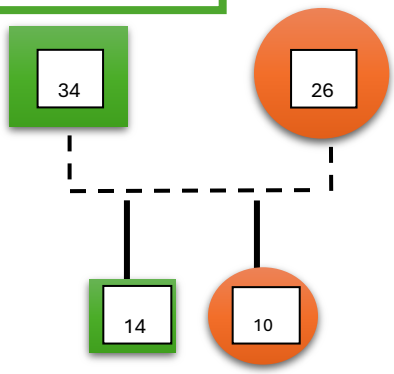
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: OSCARLY MARGARITA JIMENEZ RUIZ
EDAD:14 AÑOS
DOCUMENTO: ACTA DE NACIMIENTO 103
EPS: SIN EPS
CELULAR: 3125592957
VEREDA: YERBABUENA
SECTOR: YERBABUENA ALTA

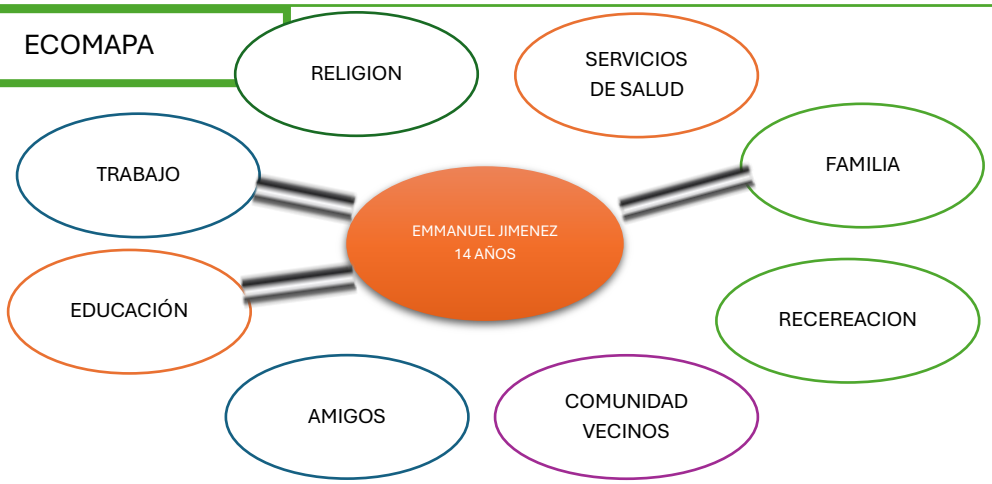


FAMILIOGRAMA





ECOMAPA





Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 15 de febrero de 2026 a las 11:35
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

⚠ 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) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

MARILUS RODRIGUEZ

MOTIVO VISITA *

INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y BAJO PESO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EMMANUEL

SEGUNDO NOMBRE

ALEJANDRO

PRIMER APELLIDO *

JIMENEZ

SEGUNDO APELLIDO

RUIZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Menor sin Identificar

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1111111111

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

30 / 12 / 2013

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

OSCAR

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

JIMENEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3125592957

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REPORTA

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 *

3125592957

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA ALTA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPÁ, MAMÁ Y HERMANA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

EL NIÑO SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO Y RECIBE APOYO ALIMENTARIO DEL PROGRAMA PAE, SIN EMBARGO, SE EVIDENCIA POBREZA Y DIFICULTADES PARA EL ACCESO A PROGRAMAS DEL MUNICIPIO, ES MIGRANTE IRREGULAR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA LA TOMA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS EN COMPAÑIA DEL PADRE, EL NIÑO REPORTA UN IMC BAJO PESO, EVIDENCIAND SIGNOS FÍSICOS DE DEFICIENCIA

DE NUTRIENTES, DELGADEZ, PALIDEZ, RESEQUEDAD EN PIEL Y CABELLO, LA FAMILIA PRESENTA MUCHAS DIFICULTADES ECONÓMICAS Y DE ACCESO A LA ALIMENTACIÓN-INSEGURIDAD ALIMENTARIA, NO CUENTA CON ASEGURAMIENTO, MIGRANTE IRREGULAR, ACTUALMENTE ESTUDIA EN COLEGIO YERBABUENA Y CURSA SEPTIMO GRADO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE SENSIBILIZA SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONSUMIR TODOS LOS ALIMENTOS QUE SE OFRECEN EN EL COLEGIO, COMO UNA FORMA DE GARANTIZAR UN MEJOR APORTE DE CALORÍAS Y NUTRIENTES

FAMILIARES *

SE INDICA AL PAPÁ Y A LA MAMÁ LA IMPORTANCIA DE SELECCIONAR DE FORMA ADECUADA LOS ALIMENTOS CON EL ACCESO ECONÓMICO QUE TIENE ACTUALMENTE

INSTITUCIONALES *

SE LES INDICAN LAS OPCIONES EN LA OFERTA INSTITUCIONAL

Observaciones / hallazgos encontrados

PRESENTA IMC BAJO PESO-CONDICÓN DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Talla

147

Peso

28.8

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados



3FEB-EMMANUEL JIMENEZ ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

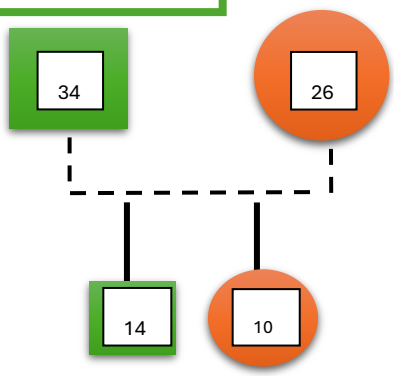
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: EMMANUEL ALEJANDRO JIMENEZ RUIZ
EDAD:14 AÑOS
DOCUMENTO: ACTA DE NACIMIENTO 301
EPS: SIN EPS
CELULAR: 3125592957
VEREDA: YERBABUENA
SECTOR: YERBABUENA ALTA

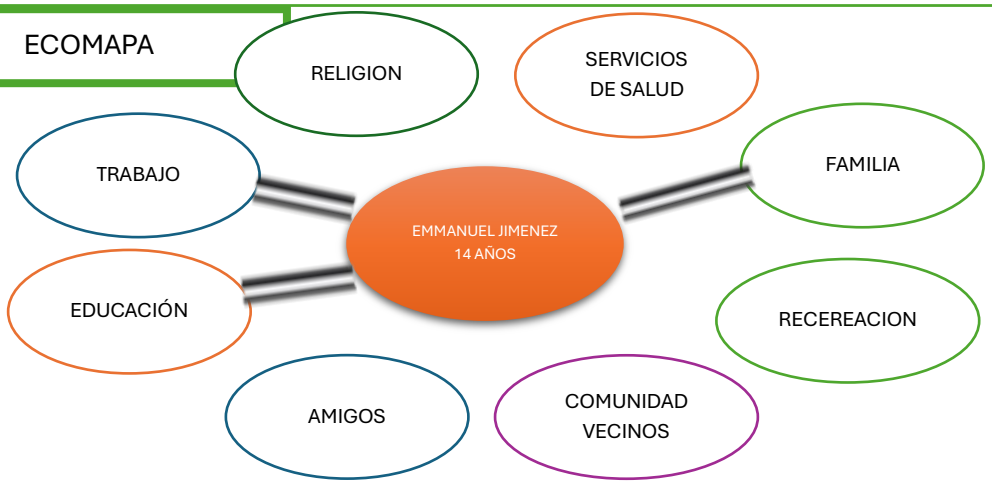


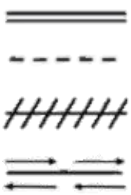
FAMILIOGRAMA



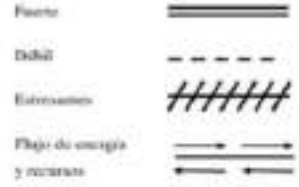


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 15 de febrero de 2026 a las 12:57
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

⚠ 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) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

INSEGURIDAD ALIMENTARIA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LAURIS

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

RUIZ

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

24845681

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 03 / 1993

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: *

NO REPORTA

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 *

32222214316

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA YERBABUENA ALTA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 14-M10

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

COMPAÑERO PERMANENTE

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

SE EVIDENCIA RIESGO SPICOSOCIAL, MUJER JÓVEN SIN ACTIVIDAD LABORAL, SE EVIDENCIA DESMOTIVADA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA CALCULO IMC ENCONTRANDO PESO ADECUADO, SIN EMBARGO,PRESENTA UN PERÍMETRO ABDOMINAL PROMINENTE, TIENE BAJA INGESTA ALIMENTARIA POR DIFICULTADES EN EL ACCESO A LOS ALIMENTOS POR MOTIVOS ECONÓMICOS, REQUIERE DESPARASITACIÓN, SU CONYUGE ES ELÚNICO PROVEEDOR ECONÓMICO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE LE REALIZA EDUCACIÓN NUTRICIONAL A LA FAMILIA, ORIENTANDO EN LA SELECCIÓN DE ALIMENTOS CON ALTO VALOR NUTRICIONAL Y DE BAJO COSTO

FAMILIARES *

SE LE REALIZA EDUCACIÓN NUTRICIONAL A LA FAMILIA, ORIENTANDO EN LA SELECCIÓN DE ALIMENTOS CON ALTO VALOR NUTRICIONAL Y DE BAJO COSTO

INSTITUCIONALES *

SE LE ORIENTA EN LA IMPORTANCIA DE REGULARIZARSE PARA PODER OBTENER UN EMPLEO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Talla

143

Peso

47

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

73

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

13FEB-LAURIS RUIZ ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

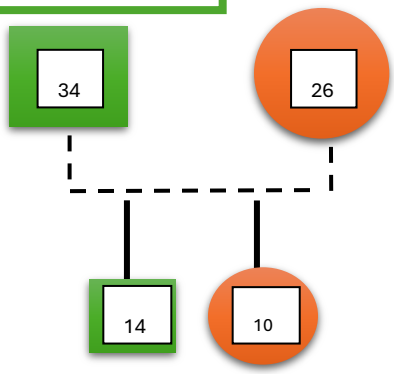
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LAURIS RUIZ
EDAD:32 AÑOS
DOCUMENTO: CE 24845681
EPS: SIN EPS
CELULAR: 32222214316
VEREDA: YERBABUENA
SECTOR: YERBABUENA ALTA

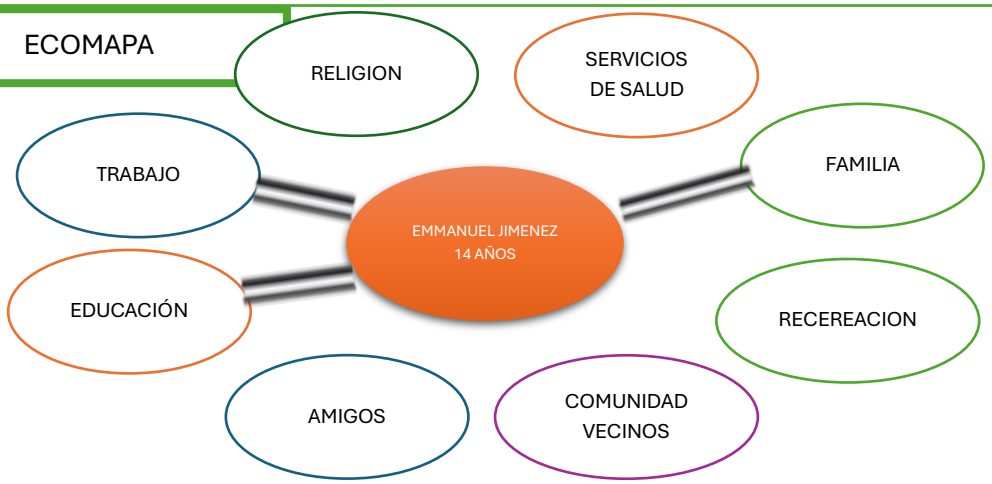


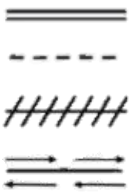
FAMILIOGRAMA



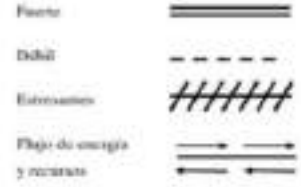


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 9:37
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

OLGA

SEGUNDO NOMBRE

RAMONA

PRIMER APELLIDO *

MENDOZA

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

5320075

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

26 / 10 / 1976

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

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: *

HIPERTENSIÓN

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
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [x] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3217188161

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MUJER ADULTA QUE VIVE SOLA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

EL DÍA D EHPY PRESENTÓ CRISIS HIPERTENSIVA, SE DIRIGIÓ AL HOSPITAL SAN ANTONIO FUE ATENDIDA Y CONTROLADA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE ORIENTA EN CUIDADO DE LA ALIMENTACIÓN, ADOPTAR PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN FAVORABLES CON LA HTA Y EL MANTENIMIENTO D EUN PESO SALUDABLE

FAMILIARES *

NO SE ENCUENTRA FAMILIA AL MOMENTO DE LA VISITA

INSTITUCIONALES *

SE LE ORIENTA EN OFERTA INSTITUCIONAL D EPROGRAMAS Y SERVICIOS DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

NO SE EVIDENCIA INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Talla

152

Peso

51

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

14 FEB-OLGA RAMONA MENDOZA ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.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

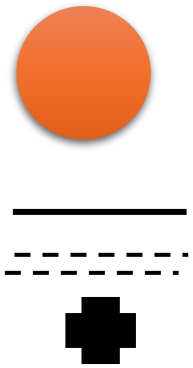
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: OLGA RAMONA MENDOZA
EDAD: 49 AÑOS
DOCUMENTO: PPT 5320075
EPS: SANITAS-SUBSIDIADO
CELULAR: 3217188161
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



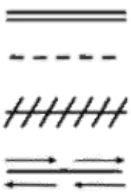
FAMILIOGRAMA



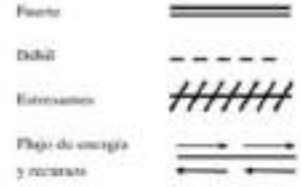


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 9:51
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

RICARDO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

OSORIO

SEGUNDO APELLIDO

PRIETO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

80397784

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

15 / 07 / 1964

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HTA

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
- [ ] 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 *

3016364413

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, TIENDA DE REJAS DORADAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMÁ

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

SE EVIDENCIA PREOCUPADO POR DISTENSIÓN ABDOMINAL PERO MUETSRA PREFERENCIA POR TRATAMIENTOS NATURALES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE EVIDENCIA ADULTO MAYOR CON PERÍMETRO ABDOMINAL POR ENCIMA D ELOS VALORES NORMALES EN CORRELACIÓN CON SU PEOS Y ESTATURA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE LE BRINDA EDUCACIÓN ALIMENTARIA, REVISANDO CONSUMO DE ALIMENTOS NO APTOS PARA PROCESO INFLAMATORIO ABDOMINAL, REFIERE DISTENSIÓN Y GASES CONSTANTEMENTE QUE NO PUEDE EXPULSAR CON FACILIDAD, CONSUMO DE AZÚCARES EN GRAN MEDIDA DIARIAMENTE

FAMILIARES *

SE EDUCA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE

INSTITUCIONALES *

SE LE SOCIALIZA OFERTA ISNTITUCIONAL DE SERVICIOS DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA BAJA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS MÉDICOS

Talla

155

Peso

68

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

14 FEB-RICARDO OSORIO ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

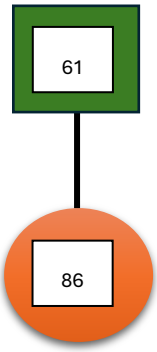
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

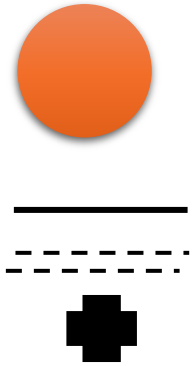
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: RICARDO OSORIO PRIETO
EDAD: 61 AÑOS
DOCUMENTO: CC 80397784
EPS: COMPENSAR CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3016364413
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



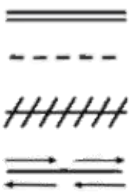
FAMILIOGRAMA



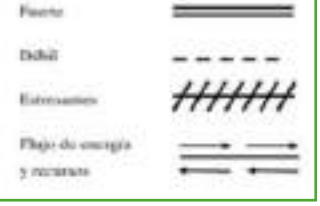


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 10:07
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MAYTE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

CORDERO

SEGUNDO APELLIDO

CASTELL

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

9843717

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

30 / 07 / 1969

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: *

HIPERTENSIÓN Y ARTRITIS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [x] 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 *

3009818713

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M32

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

NIETO 1

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

SE EVIDENCIA RIESGO EN SALUD POR SU ENFERMEDAD CRÓNICA SIN AFILIACI´´ON

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE ORIENTA EN EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL ASÍ COMO, EN ACTIVIDAD FÍSICA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE ORIENTA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, SE INFORMA POR PARTE DE LA USUARIA QUE EN OCASIONES TIENE DIFICULTAD PARA EL ACCESO A LOS ALIMENTOS

FAMILIARES *

NO SE ENCUENTRAN FAMILIARES AL MOMENTO DE LA VISITA

INSTITUCIONALES *

SE INFORMA IMPORTANCIA DE REGULARIZARSE EN EL PAÍS

Observaciones / hallazgos encontrados

INSEGURIDAD ALIMENTARIA, SE ENCUENTRA TEMPORAMENTE EN EL PAÍS

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

14 FEB-MAYTE CORDERO ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.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

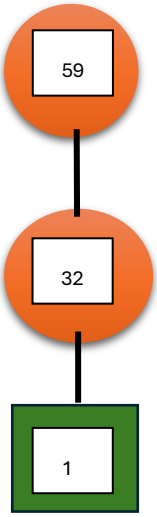
Unidos por su Salud

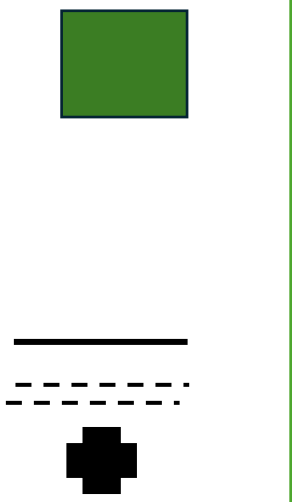
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: MAYTE CORDERO CASTELL
EDAD: 59 AÑOS
DOCUMENTO: CE 9843717
EPS: NO AFILIADO
CELULAR: 3009818713
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO

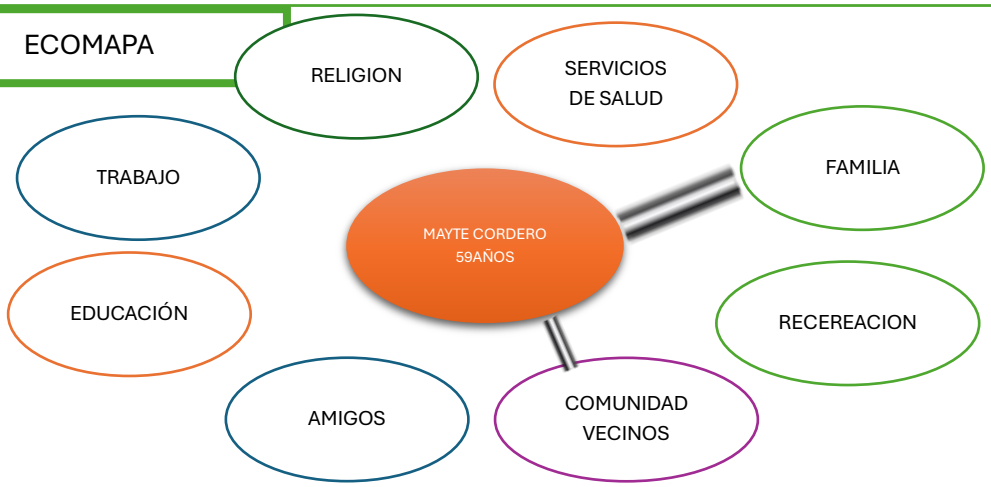


FAMILIOGRAMA





ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@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> 22 de febrero de 2026 a las 11:04
Para: hasbleidyc@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 *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIA

SEGUNDO NOMBRE

VALENTINA

PRIMER APELLIDO *

OCANDO

SEGUNDO APELLIDO

GONZALEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Menor sin Identificar

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

11111111

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 08 / 2023

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

ESTER

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

GONZALEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

HERNANDEZ

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3014650895

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: *

NO REPORTA

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 *

3014650895

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMÁ Y CUIDADORA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

SE EVIDENCIA RIESGO EN SALUD POR NO REGULARIZACIÓN Y AFILIACIÓN AL SGSSS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA TOMA DE PERÍMETRO BRAQUIAL SIN ENCONTRAR RIESGO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES A LA MADRE QUIEN INFORMA QUE SE DEDICA AL CUIDADO DE LA NIÑA Y NO LABORA

FAMILIARES *

SE EDUCA A MADRE EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

INSTITUCIONALES *

SE LE INFORMA LA IMPORTANCIA DE REGULARIZARSE EN EL PAÍS

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA EN ADECUADAS CONDICIONES DE HIGIENE Y ORGANIZACIÓN, AL MOMENTO D ELA VISITA SE ENCUENTRA CONSUMIENDO EL ALMUERZO, EN UN PLATO COMPLETO Y BALANCEADO

Talla

111

Peso

12

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

14

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

14 FEB-LIA VALENTINA OCANDO ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

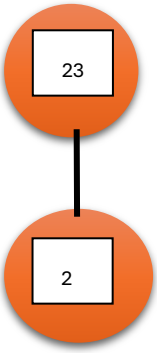
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

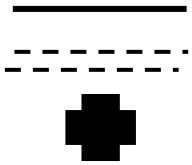
NOMBRE COMPLETO: LIA VALENTINA OCANDO GONZALEZ
EDAD: 2 AÑOS
DOCUMENTO: ACTA 775
EPS: NO AFILIADO
CELULAR: 3014650895
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



FAMILIOGRAMA

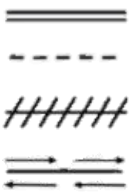




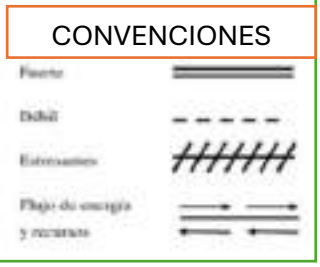


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@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> 22 de febrero de 2026 a las 11:12
Para: hasbleidyc@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 *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

NELLY CORREAL

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTIRICONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JULIETH

SEGUNDO NOMBRE

ISABELLA

PRIMER APELLIDO *

MONTERO

SEGUNDO APELLIDO

CORDEO

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1070997624

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

24 / 11 / 2024

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ENDRINA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ALVAREZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3246259957

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: *

NO REPORTA

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 *

3246259957

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMÁ Y CUIDADORA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

SE EVIDENCIA RIESGO POR NO AFILIACIÓN AL SGSSS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE EVIDENCIA NIÑA CON RESFRIADO COMÚN SIN CURSO CON FIEBRE

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN NURICIONAL A LA CUIDADORA

FAMILIARES *

NO SE EVIDENCIA FAMILIA AL MOMENTO D ELA VISITA

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA OFERTA INSTITUCIONAL DE SERVICIOS, SERVICIO D EATENCIÓNA PRIMERA INFANCIA DE LA ZONA

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIAS CARENTES CONDICIONES DE ASEO, SE EDUCA A LA CUIDADORA EN EL TEMA, LA CUIDADORA INFORMA QUE DESDE QUE ELLA CUIDA A LA NIÑA CONSUME 3 COMIDAS AL DÍA Y 2 MERIENDAS PORQUE SU MAMÁ NO LE DABA SUFICIENTE ALIMENTO

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

14 FEB-JULIETH ISABELLA MONTERO ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

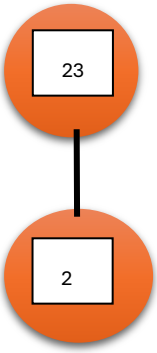
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: JULIETH ISABELLA MONTERO
EDAD: 1 AÑOS
DOCUMENTO: RC 1070997624
EPS: NO AFILIADO
CELULAR: 3123866797
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



FAMILIOGRAMA

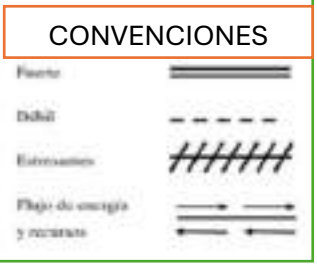




ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 12:17
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

MARINA

PRIMER APELLIDO *

SANCHEZ

SEGUNDO APELLIDO

AREVALO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20421820

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 11 / 1961

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas 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: *

OBESIDAD

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 *

3203981699

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 LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M44-H42

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

NIETA 9-NIETO 6

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

CUIDA DE 4 NIETOS EN SU CASA Y ATIENDE LAS ACTIVIDADES DEL HOGAR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE EVIDENCIA MUJER ADULTA CON ESTRES POR ATENCIÓN DE 4 MENORES DE EDAD, SE ORIENTA EN EDUCACIÓN NUTRICIONAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL BASADA EN LAS GUÍAS ALIMENTARIAS, SE MOTIVA PARA QUE REALICE ACTIVIDAD FISICA FUERA DEL HOGAR

FAMILIARES *

SE BRINDA EDUCACIÓN A LOS NIETOS PRESNETES EN LA VISITA

INSTITUCIONALES *

SE SENSIBILIZA SOBRE OFERTA INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE CONSIDERA IMPORTANTE QUE TENGA UNA OCUPACIÓN EN SUS TIEMPOS LIBRES

Talla

152

Peso

100

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

16 FEB-LUZ MARINA SÁNCHEZ ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.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

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LUZ MARINA SÁNCHEZ ARÉVALO

EDAD: 64 AÑOS

DOCUMENTO: CC 20421820

EPS: NUEVA EPS-SUBSIDIADO

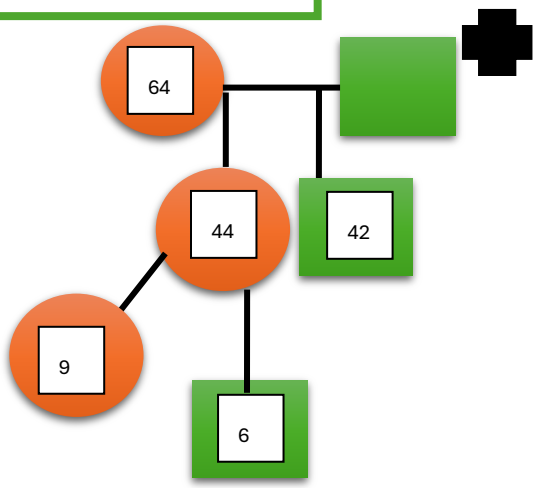
CELULAR: 3203981699

VEREDA: BOJACA

SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Carrera 10 No. 8 – 24 Teléfono: 5140707
E-mail: hchia@esehospitalchia.gov.co Web: www.esehospitalchia.gov.co

Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 12:40
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIAN

SEGUNDO NOMBRE

MATIAS

PRIMER APELLIDO *

PINEDA

SEGUNDO APELLIDO

SIERRA

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072676961

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

11 / 04 / 2019

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

MARINA

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUZ

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

SANCHEZ

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE

3203981699

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NEUMONÍA HACE 3 AÑOS

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 *

3203981699

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 LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ABUELA, MAMÁ Y HERMANA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

SE EVIDENCIA MENOR BAJO EL CUIDADO DE SU ABUELA Y ESTUDIANDO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA EDUCACIÓN NUTRICIONAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DE LA INFANCIA A SU CUIDADORA

FAMILIARES *

SE BRINDA EDUCACIÓN FRENTE A LA FAMILIA PRESENTE EN LA VISITA

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA OFERTA DE SERVICIOS INSTITUCIONALES DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EVIDENCIA BAJAS CONDICIONES DE ASEO GENERAL DE LA VIVIENDA

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

16 FEB-LIAN MATIAS PINEDA ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

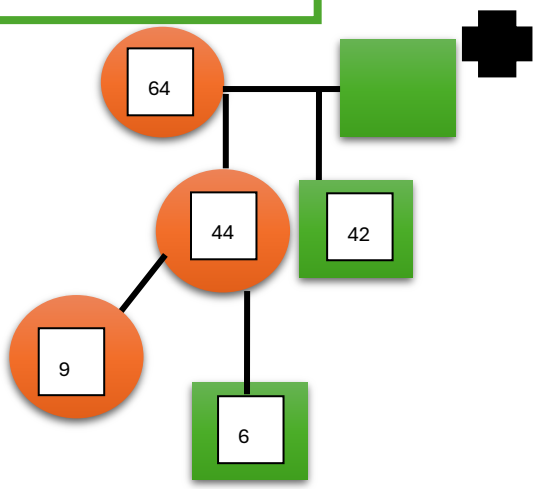
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LIAN MATIAS PINEDA SIERRA
EDAD: 6 AÑOS
DOCUMENTO: RC 1072676961
EPS: SALUDTOTAL-SUBSIDIADO
CELULAR: 3203981699
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



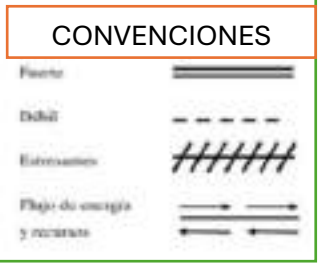
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 13:27
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARTHA

SEGUNDO NOMBRE

LUZ

PRIMER APELLIDO *

BOLIVAR

SEGUNDO APELLIDO

SANCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

52665325

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 05 / 1974

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Coosalud

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

obesidad

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 *

- [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 *

3202961739

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 LA FORNTERA SOBRE AVENIDA NOVENA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H26

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

COMPAÑERO PERMANENTE Y HERMANO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

SE EVIDENCIA RIESGO POR ESTABILIDAD ECONÓMICA Y ACTIVIDADES DE RECICLAJE DENTRO DE LA VIVIENDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES, CONSIDERANDO QUE ES LA RESPONSABLE DE LA ALIMENTACIÓN EN LA FAMILIA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES BASADAS EN LAS GUIAS ALIMETARIAS Y ORIENTANDO SOBRE PATOLOGÍA CRÓNICA

FAMILIARES *

SE EDUCA EN PRESENCIA DE ALGUNOS FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA OFERTA DE SERVICIOS INSTITUCIONAL

Observaciones / hallazgos encontrados

SE ENCUENTRA A CARGO DE HERMANO DE 58 AÑOS CON RETARDO MENTAL LEVE

Talla

160

Peso

92

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

17 FEB-MARTHA LUZ BOLIVAR ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.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

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: MARTHA LUZ BOLIVAR SÁNCHEZ

EDAD: 51 AÑOS

DOCUMENTO: CC 52665325

EPS: COOPSALUD-SUBSIDIADO

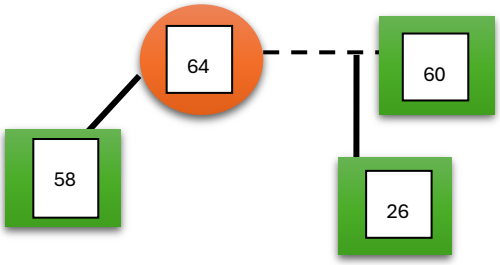
CELULAR: 3202961739

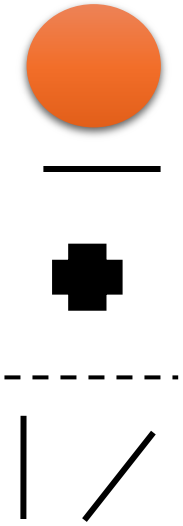
VEREDA: BOJACA

SECTOR: LA FRONTERA

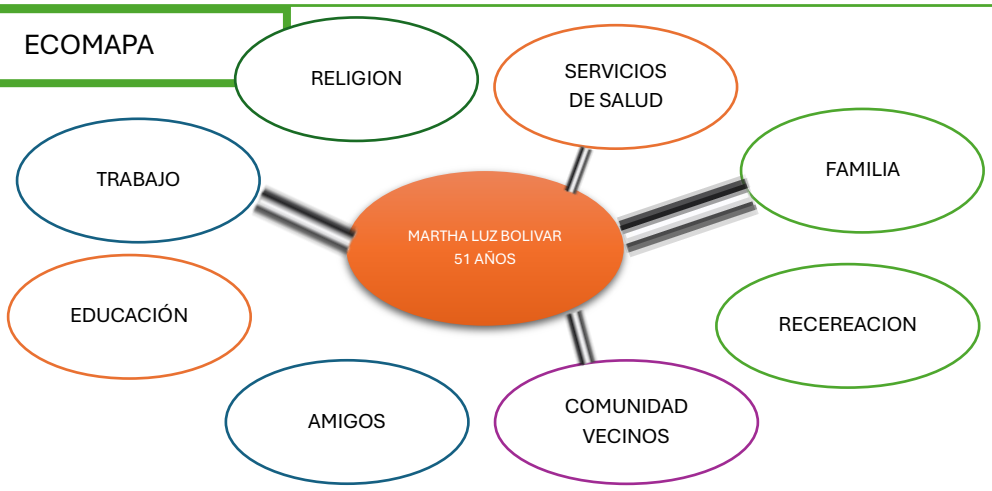


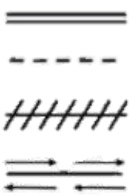
FAMILIOGRAMA



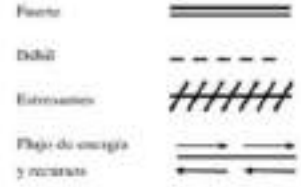


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 15:01
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

CAMILA

PRIMER APELLIDO *

MARTIN

SEGUNDO APELLIDO

MORENO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072716155

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

07 / 12 / 1997

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

TRANSPLANTE DE CORNEA

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 *

3202961739

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 LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H6

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

COMPAÑERO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO SE EVIDENCIA RIESGO PSICOSOCIAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA EDUCACIÓN NUTRICIONAL PARA EL NÚCLEO FAMILIAR

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN NUTRICIONAL BASADA EN LAS GUIAS ALIMENTARIAS

FAMILIARES *

E EDUCA EN COMPAÑIA DE SU FAMILIA

INSTITUCIONALES *

SE INFORMA SOBRE OFERTA INSTUTUCIONAL

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

161

Peso

65

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

17 FEB-MARIA CAMILA MARTIN ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

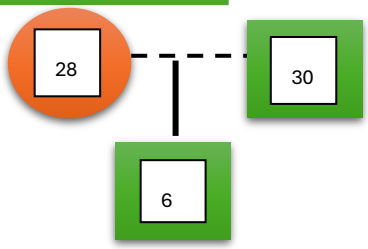
¿El formulario parece sospechoso? Informe

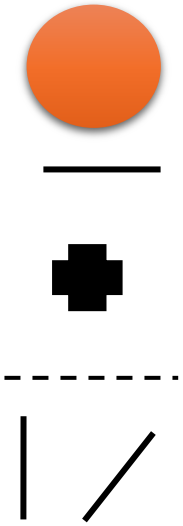
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: MARIA CAMILA MARTIN MORENO
EDAD: 28 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1072716155
EPS: SANITAS-CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3202961739
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIOGRAMA





ECOMAPA





Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 14:19
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ERNESTO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

GOMEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

80398532

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 12 / 1965

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

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: *

NO REPORTA

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 *

3202071592

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 LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H26

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

COMPAÑERA PERMANENTE Y CUÑADO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ADULTO MAYOR QUE NO RECONOCE SU EPS, NO TIENE INTERÉS EN EL CUIDADO DE SU SALUD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE ENCUENTRA CON TENSIÓN ALTA, SIN EMBARGO DICE QUE NO SUFRE DE NADA, SE DEDICA A LA CONSTRUCCIÓN Y RECICLAJE

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZAN RECOMNDACIONES NUTRICIONALES, SIN EMBARGO INFORMA QUE NO SUENTA CON PODER ADQUISITIVO PARA LA COMPRA DE SU ALIMENTACIÓN

FAMILIARES *

SE EDUCA EN COMPAÑÍA DE SU COMPAÑERA PERMANENTE

INSTITUCIONALES *

SE LE ORIENTA EN USO DE LOS SERVICIOS DE SU EPS, DESCONOCÍA QUE ESTABA AFILIADO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE LE BRINDAN RECOMENDACIONES DE SALUD Y CUIDADO D ELA ALIMENTACIÓN, EXPRESA ENTENDER YA PROPIAR

Talla

165

Peso

68

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

17 FEB-ERNESTO FERNANDEZ ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

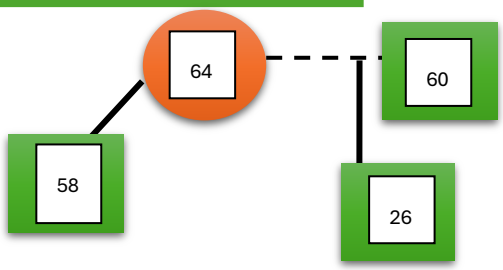
¿El formulario parece sospechoso? Informe

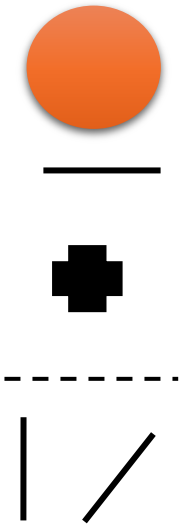
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: ERNESTO FERNANDEZ GOMEZ
EDAD: 60 AÑOS
DOCUMENTO: CC 80398532
EPS: NUEVA EPS-SUBSIDIADO
CELULAR: 3202071592
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

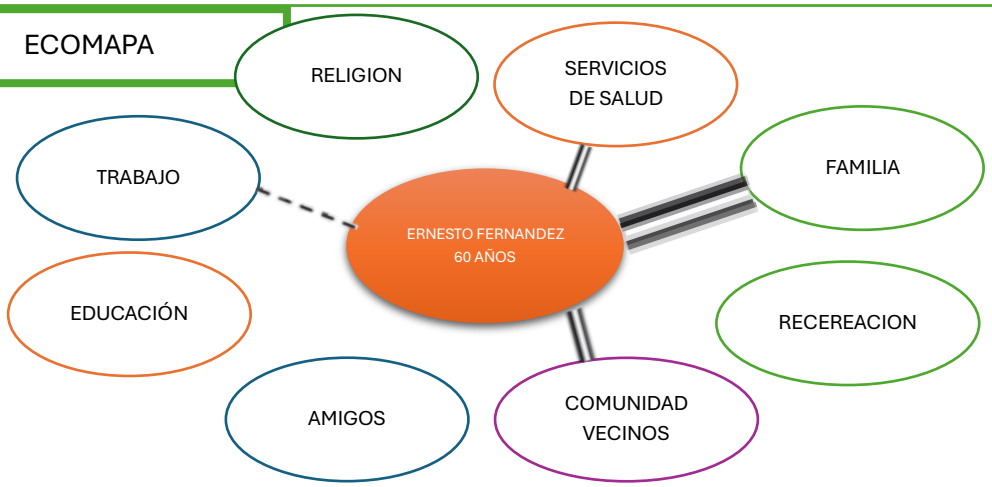


FAMILIOGRAMA

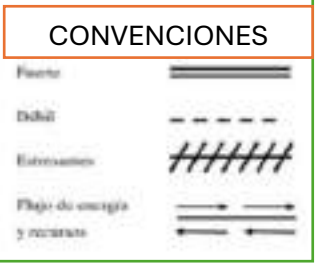




ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 14:35
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARCEDONIO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

BOLIVAR

SEGUNDO APELLIDO

SANCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

79186561

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

10 / 03 / 1967

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

RETRASO MENTAL LEVE-SECUNDARIO A SITUACIÓN DE ESTRES GRAVE HACE 14 AÑOS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [x] 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 *

3202961739

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 LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANA Y CUÑADO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

PADECE RETRASO MENTAL LEVE-TRASTORNO DEL HABLA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE EVIDENCIA BAJO EL CUIDADO DE SU HERMANA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE LE REALIZAN REOCMENDACIONES NUTRICIONALES QUE EXPRESA ENTENDER

FAMILIARES *

LA FAMILIA CUIDA DE EL, Y PROPENDEN SU MANUTENCIÓN

INSTITUCIONALES *

YA FUE INSCRITO EN PROGRAMACIÓN DE DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

PRESNETA DISCAPACIDAD

Talla

1.65

Peso

69

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

17 FEB-MARCEDONIO BOLIVAR ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

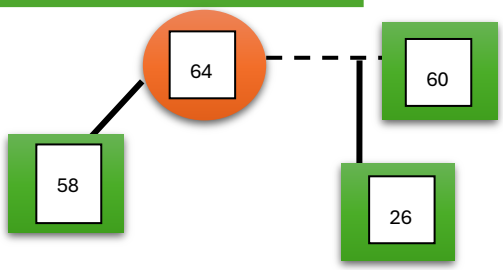
¿El formulario parece sospechoso? Informe

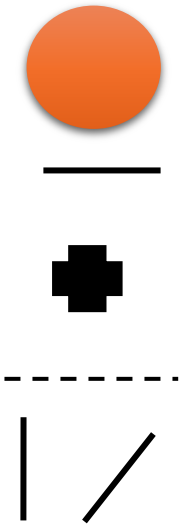
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: MARCEDONIO BOLIVAR SANCHEZ
EDAD: 58 AÑOS
DOCUMENTO: CC 79186561
EPS: COMPENSAR-SUBSIDIADO
CELULAR: 3202961739
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIOGRAMA





ECOMAPA





Gmail **Hasbleidy Casadiegos Molina <hasbleidyc@gmail.com>**

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 15:14
Para: hasbleidyc@gmail.com

Google Forms

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ 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 2

Correo electrónico *

hasbleidyc@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CAMILA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

REYES

SEGUNDO APELLIDO

MOYA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072638605

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

09 / 07 / 1985

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: *

PSORIASIS CRONICA

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 *

3209498161

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 LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H25-M23-H20

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

EXPRESA ESTAR AGOTADA POR LA RUTINA DE SU TRABAJO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA EDUCACIÓN NUTRICIONAL, MUJER EN SOBREPESO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZAN RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN, TIEMPOS DE COMIDA Y ALIMENTOS INDISPENSABLE EN LA ETAPA DE SU CICLO VITAL

FAMILIARES *

SE BRINDA EDUCACIÓN NUTRICIONAL DE IMPACTO A LA FAMILIA

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN OFERTA INSTITUCIONAL DEL UNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

160

Peso

88

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

17 FEB- CAMILA REYES ECO - Hasbleidy Casadiegos Molina.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

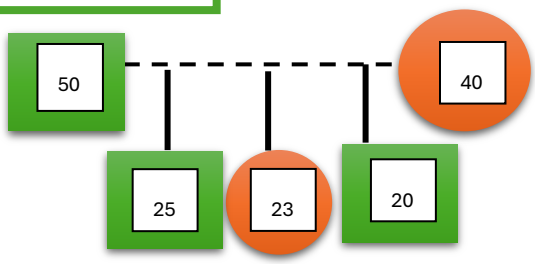
¿El formulario parece sospechoso? Informe

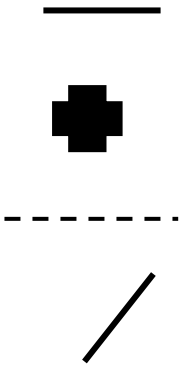
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: CAMILA REYES MOYA
EDAD: 40 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1072638605
EPS: SANITAS-CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3209498161
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

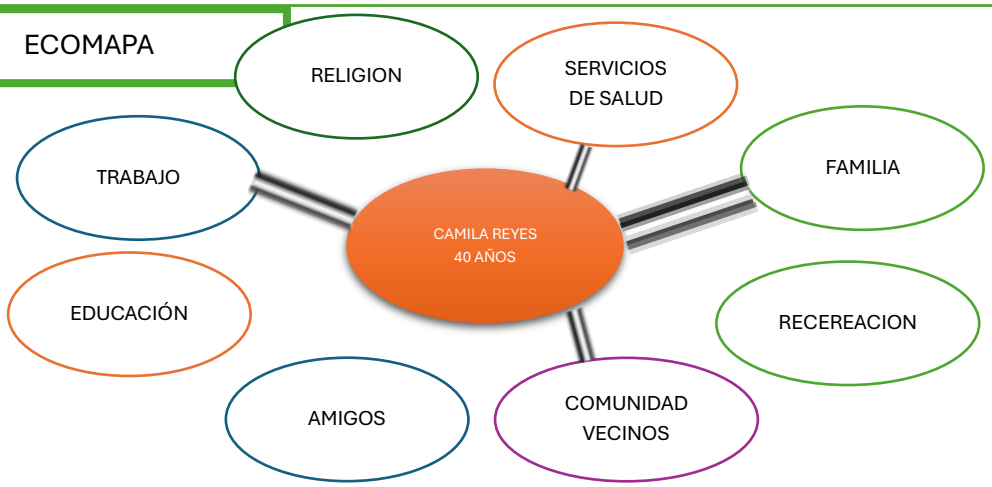


FAMILIOGRAMA





ECOMAPA



CONVENCIONES



Unidos por su Salud	**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: Yasbleidy Casadiegos Molina

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Visitas entorno Hogar

LUGAR: Municipio de chia

DIRECCION: Municipio de chia

TELEFONO: 3208313847

CORREO: coordinadorapicchia@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	1	-	11	11	10	-	1	-	37
M	3	1	2	2	3	7	-	1	-	18
Total	7	2	2	13	14	17	-	2	-	55

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maria Paula Carpintero

CARGO: Coordinadora pic

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1070925506

ACTIVIDADES REALIZADAS: Visitas entorno Hogar

FIRMA EJECUTOR:

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

REGISTRO VISITAS Y SEGUIMIENTOS DE PROFESIONALES PIC

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

RESPONSABLE	Hasbleidy Casadiegos Molina	BARRIO, VEREDA Y/O SECTOR	La balsa - Fagua - Bojacá

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 que 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 sus datos personales, incluido sus huéspedes y en vez que lo compatible para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Así mismo, manifiesto que he sido informado por la Protección de Datos Personales por el Hospital San Antonio de Chía.

NO	FECHA VISITA DD/MM/AAAA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN RUTIA / CC	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD EN AÑOS	DIRECCION	NÚMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	3/02/2026	Carmen Bueno de Bueno	CC	20469156	76	La balsa los caobos	3158917316	Carmen Bueno
1	3/02/2026	María Rebina Poveda Mora	CC	20472308	65	La balsa los caobos	3118781082	María R Poveda
1	3/02/2026	Arturo Bueno Aldana	CC	29932990	71	La balsa los caobos	3118781082	[illegible]
1	3/02/2026	Eidi Vargas Iquira	CC	1072675044	26	La balsa los caobos	3229058801	Eidy Vargas I
1	6/02/2026	Betty Yolandia Paez	CC	35478974	59	Fagua Sector Fonta	3124366222	x [illegible]
1	6/02/2026	Luz Marina Pinzon Bustos	CC	51575797	67	Fagua Sector Fonta	3125866418	[illegible]
1	6/02/2026	Jaime Gonzalez Peña	CC	19250426	71	Fagua Sector Fonta	19250426	Jaime Gonzalez
1	6/02/2026	Martha Ines Pinzon Bustos	CC	51796178	66	Fagua Sector Fagua	51796178	x [illegible]
1	6/02/2026	Ana Isabel Junca Ramirez	CC	20968748	75	Fagua Chiquilinda	3228552676	x [illegible]
"	6/02/2026	Alvaro Garzon Gomez	CC	17156562	82	Fagua Chiquilinda	3134485086	x [illegible]
"	7/02/2026	Mathias Chitiva Conchon	RC	1072677680	5	Fagua Chiquilinda	3105700343	x [illegible]
"	7/02/2026	Rosalia Junca Ramirez	CC	20468520	76	Fagua Chiquilinda	3132283285	x No Firma
"	7/02/2026	Jose Diogenes Chitiva Chitiva	CC	3026247	76	Fagua Chiquilinda	3132283285	x Jose Chitiva
"	7/02/2026	Alicia Martinez	CC	20117815	89	Bojaca La Frontera	3214362647	x [illegible]
"	7/02/2026	Jeiny Yoreli Ariza Carrillo	CC	37627247	40	Bojaca La Frontera	3124969750	x [illegible]
"	7/02/2026	Virbelina Lozano Yara	CC	28851586	72	Bojaca La Frontera	3214362647	[illegible]
"	7/02/2026	Ana Elsia Ariza	CC	28308871	58	Bojaca La Frontera	3132189426	x [illegible]

Scanned with CamScanner

REGISTRO VISITAS Y RECUENTOS DE PROFESIONALES PIC

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

RESPONSABLE	Hasbleidy Casadiegos Molina	BARRIO- VEREDA Y/O SECTOR	Yerbabuena - Fusca

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 que el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y de conformidad con la solicitud 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, los trate con exigencias y así mismo, que la compartida para declaridad los es evaluados desarrollados y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Así mismo, manifiesto que he sido informado por la Política de Datos Personales por el Hospital San Antonio de Chía.

NO	FECHA VISITA DD/MM/AAAA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN RC/TI/CC/CE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD EN AÑOS	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	8/2/2026	Nery preciado	CC	28935721	62	Yerbabuena Chagres	3134589114	Nery Preciado
2	8/2/2026	Yeimi preciado Preciado	CC	1106452429	20	Yerbabuena Chagres	3134589114	Yeimi Preciado
3	8/2/2026	Johan Steven Pulido Alvarez	CC	1083332910	19	Yerbabuena Chagres	3204574728	Johan Steven Pulido Alvarez
4	8/2/2026	Argel Quitora Ospino	CC	5B5B237	62	Yerbabuena Chagres	3134589114	Argel
5	8/2/2026	Paula Canchon Macias	CC	1193210073	24	Fusca Chagres	3122338337	Paula Canchón
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								

Scanned with CamScanner

REGISTRO VISITAS Y SEGUIMIENTOS DE PROFESIONALES PIC

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

RESPONSABLE	Hasbleidy CASADIEGOS Molina	BARRIO VEREDA Y/O SECTOR	Bojacá – Fagua

[illegible]

NO	FECHA VISITA DIVISIONAL	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD EN AÑOS	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	FIRMA
·	9/2/26	Juz Dary Marroquín Avila	CC	53911478	39	Bojacá la frontera	3118180224	x JuzDarqM
·	9/2/26	Mileidys García Monrroy	CC	1096201937	36	Bojacá la Frontera	3214952235	x [illegible]
·	9/2/26	Karen Castillo Casallas	CC	1021669315	20	Bojacá la Frontera	3142280192	x Karen Castillo
·	10/2/26	Paula Canchon Macias (Hija Emily)	CC	1193210073	24	Fagua Chiquilinda	3122738337	Paula canchón
·	10/2/26	Dario Vanegas	CC	1049796572	33	Fagua Chiquilinda	3102406155	[illegible]
·	10/2/26	Jeizon Leandra Chacón Callejas	CC	1020770179	34	Fagua Chiquilinda	3102406155	x Jeizo chacón
·	10/2/26	Joseph Zaid Vanegas Chacón	RC	1072677314	6	Fagua Chiquilinda	3102406155	x Jeizo chacón
·	11/2/26	Yhoannys Mayleen Fernandez	CE	22692693	32	Bojacá el pozo	3203186809	x yhoannys Fernandez
·	11/2/26	Dorleth Naiyelis Zambrano Fdez	RC	1075695328	5m	Bojacá el pozo	3203186809	x yhoannys Fernandez
"	11/2/26	Kleyderman Steven Zambrano	CE	34980975	14	Bojacá el pozo	3203186809	x yhoannys Fernandez
"	11/2/26	Lizmar Fernandez Castillo	CE	31492131	20	Bojacá el pozo	3133303245	Lizmar
"	12/2/26	Jennifer Acuña	CC	1003197571	22	Bojacá el pozo	3043596121	x Jennifer [illegible]
"	12/2/26	Edzalith Santander Acuña	RC	1063978531	2	Bojacá el pozo	3043596121	x Jennifer [illegible]
"	12/2/26	Lina Marcela Acuña	CC	1003196624	27	Bojacá el pozo	3125191870	x Lina Acuña
"	12/2/26	Over Camilo Orozco Buelvas	RC	1065144798	11m	Bojacá el pozo	3042349994	Mariana Buelvas
"	12/2/26	Mariana Ines Buelvas Rivera	CC	1002259254	22	Bojacá el pozo	3042349994	x Mariana Buelvas
"	12/2/26	Kevin Orozco Charris	CC	1065124037	27	Bojacá el pozo	3143317592	x [illegible]

Scanned with CamScanner

REGISTRO VISITAS Y SEGUIMIENTOS DE PROMOTORES/AS PIC

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

RESPONSABLE: Hobdeidy Casadiegos Molina — BARRIO - VEREDA Y/O SECTOR: Yerbabuena – Bojaca

Datos recolectados en la dispensación de la Ley 1581 de 2012 y por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y en cumplimiento con la resolución No 3100/2019 del Ministerio de Salud y Protección Social. Autorizo de mi libre, previa y expresa voluntad, mediante este instrumento y en mi calidad de titular de la información, a la E.S.E. Hospital San Antonio de Chía para que realice el tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles, y me informe sobre los derechos que me asisten como titular de la información, entre otros, el derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente a la E.S.E. Hospital San Antonio de Chía.

No	FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (CC/TI/CE)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD EN AÑOS	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	13/2/26	OSCAR JIMENEZ	CE	15551602	47	Yerbabuena	3125592957	x
1	13/2/26	OSCARLY Margarita Jimenez Ruiz	ACTA	103	10	Yerbabuena	3125592957	x
1	13/2/26	Emmanuel Alejandro Jimenez Ruiz	ACTA	301	12	Yerbabuena	3222214316	
1	13/2/26	Laura Ruiz	CE	24845681	32	Yerbabuena	3222214316	
1	14/2/26	Lizmar Alejandra Fernandez Castillo	CE	31492131	20	Bojaca El Pozo	3133303245	x Lizmar
1	14/2/26	Olga Ramona Mendoza	PPT	5320075	49	Bojaca El Pozo	3217188161	x Olga R Mendoz
1	14/2/26	Ricardo Osorio Prieto	CC	80397784	61	Bojaca el pozo	3016364413	x
1	14/2/26	Maite cordero castell	CE	9843717	56	Bojaca el pozo	3004818713	x Cordero Maythe
1	14/2/26	Lia valentina ocando gn.	ACTA	775	2	Bojaca el polo	3014650895	x Luz Estrada
"	14/2/26	Doueth Isabella Montero	RC	1070997624	1	Bojaca el pozo	3123160797	x Edrina Alvarez
"	16/2/26	Luz Marina Sanchez	CC	20421820	61	Bojaca 2 frontera	3203981699	x Luz Marina Sanchez
"	16/2/26	Juan Matias Pineda Sierra	RC	1072676961	6	Bojaca 2 frontera	3203981699	x Luz Marina Sanchez
"	17/2/26	Martha Luz Bolivar Sanchez	CC	52665325	51	Bojaca 2 la frontera	3202967339	x Martha Luz B.S.
"	17/2/26	Maria Camila Martin	CC	1072716155	23	Bojaca 2 la frontera	3202967339	x Camila Martin
"	17/2/26	ERNESTO Fernandez Gomez	CC	80398532	60	Bojaca 2 la frontera	3202701592	x E.F.G.
"	17/2/26	Marcedonio Bolivar Sanchez	CC	79186561	58	Bojaca 2 la frontera	3202967339	x Marcedonio Bolivar
"	17/2/26	Camila Reyes Hoya	CC	1072658005	20	Bojaca 2 la frontera	3209498161	x Camila Reyes

Scanned with CamScanner