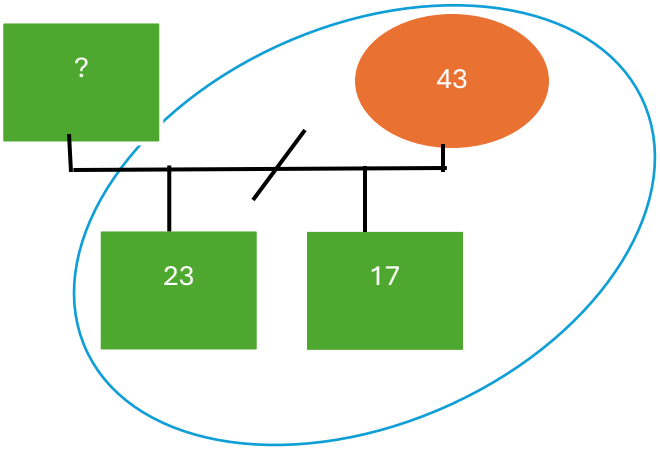
DATOS BASICOS

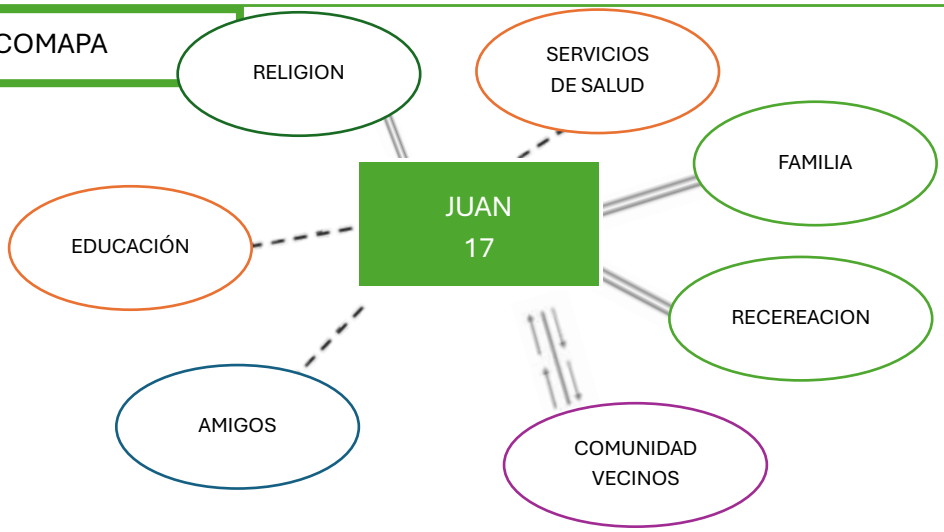
NOMBRE: JUAN JOSE DIAZ CONTRERAS
EDAD: 17 AÑOS
DOCUMENTO: T.I 1096540531
EPS: FAMISANAR – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3208986405
VEREDA: BOJACA
SECTOR: MERCEDES DE CALAHORRA

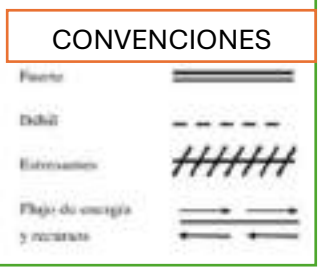


FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





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

PROFESIONAL: Laura Victoria Perez Rodriguez

FECHA DE LA ACTIVIDAD: 9/Febrero /2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Gestantes, Puerperas

LUGAR: Clinica Chia

DIRECCION: Calle 6ª # 10-125

TELEFONO: 3203986531

CORREO: Dessyceballos41@gmail.com

Nº ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 a 59	60 y más	Víctimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	—	—	1	6	—	—	—	—	—	7
M	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2
Total	—	—	1	8	—	—	—	—	—	9

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Dessy ceballos

CARGO: Colaboradora

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1090483157

ACTIVIDADES REALIZADAS: Estimulacion Temprana y Prevencion de los diferentes Tipos Violencia

FIRMA EJECUTOR: Laura Victoria Perez R. Psicologa Reg. 109029

OBSERVACIONES:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN REGISTRO DE ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS - RE

(CARACTERIZACIÓN Poblacional)

Código: M-GAMB-PYD-F-007 Versión 2

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

							TALLER						
PROCESO	GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA				OPORTUNIDAD	SALUD PÚBLICA				TIPO DE EVENTO EVENTO ORGANIZADO	CLÍNICA CHIA		
DILIGENCIADO POR	LAURA VICTORIA PEREZ RODRIGUEZ				NOMBRE DEL EVENTO	ESTIMULACIÓN TEMPRANA				FECHA	Cortes 08 de 20-225		

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y de conformidad con lo señalado en los artículos 6 y 9 del Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO voluntariamente a la Entidad a la cual pertenezco para que mis datos personales, suministrados en ninguna parte del mismo sean compartidos para el desarrollo de actividades diferentes a las de mi competencia funcional de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por el Hospital de Chía sobre el Política de Protección de Datos Personales.

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NUMERO DE IDENTIFICACION	EDAD (en años cumplidos)	SEXO	IDENTIFICACION ETNIA (SI/NO)	ETNIA	NOMBRE DEL PREDIO	TIPO DE VICTIMA (SI/NO)	TELEFONO	EPS
1	DERLY	DAYANA	NEUQUE	FONSECA	1070016838	20	MUJER	Heteroreconocer	NO APLICA	FUERA DE CHIA	SUBSIDIADO	3196482987	SANITAS
2	ANA	PAOLA	HERRA	ORTEGA	1100356205	22	MUJER	Heteroreconocer	NO APLICA	FAQUA	CONTRIBUTIVO	3338452177	SALUD TOTAL
3	ESTELA	PATRICIA	ZARATE	VARRIOQUIN	1020349540	18	MUJER	Heteroreconocer	NO APLICA	FUERA DE CHIA	CONTRIBUTIVO	3144884779	FAMISANAR
4	YEIMI	ALEJANDRA	CASTRO	REYES	1072730502	24	MUJER	Heteroreconocer	NO APLICA	ZONA CENTRO	CONTRIBUTIVO	3202542734	SANITAS
5	ANA	SOFIA	VILLABRAGA	POSADA	1122507594	22	MUJER	Heteroreconocer	NO APLICA	TIQUISA CERCA DE PIEDRA	CONTRIBUTIVO	3219201319	SALUD TOTAL
6	LEANDI	ISABEL	FERNANDEZ	FERNANDEZ	PPT 1122713	22	MUJER	Heteroreconocer	NO APLICA	FUERA DE CHIA	CONTRIBUTIVO	3144247668	SUEVIA EPS
7	MARIA	LUZ	ZOTOLA	HERRERA	1049021719	28	MUJER	Heteroreconocer	NO APLICA	FUERA DE CHIA	CONTRIBUTIVO	3115348397	SUEVIA EPS
8	LUIS	SANTIAGO	HERNANDEZ	CHAVARRIAGA	1078043128	20	HOMBRE	Heteroreconocer	NO APLICA	FUERA DE CHIA	SUBSIDIADO	3144884779	FAMISANAR
9	JHON	EDISON	TORRES	OCHOA	1072664218	25	HOMBRE	Heteroreconocer	NO APLICA	FUERA DE CHIA	CONTRIBUTIVO	3134488227	SANITAS

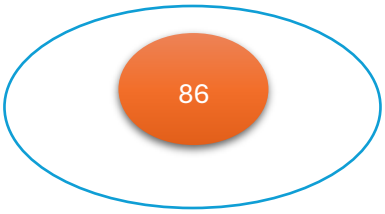


DATOS BASICOS

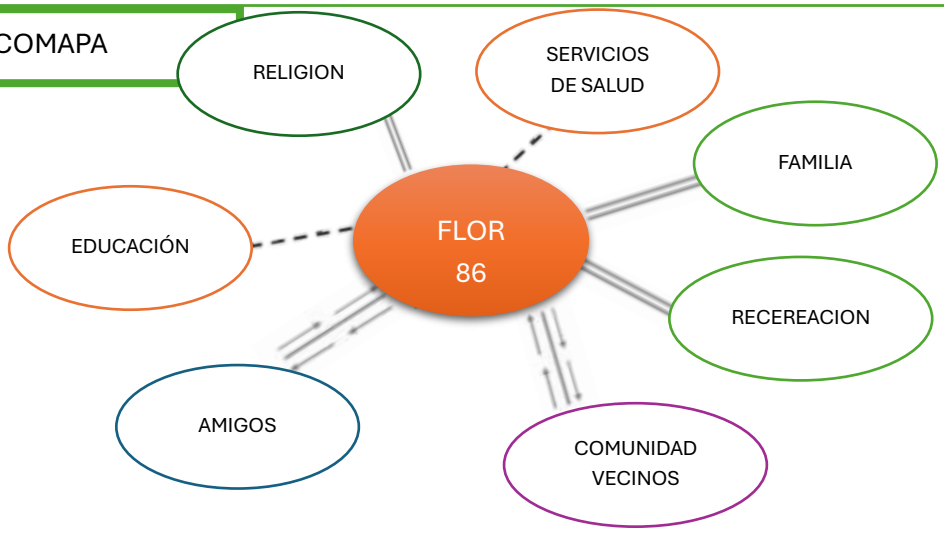
NOMBRE: FLOR ALVA MAHECHA DE AMEZQUITA
EDAD: 86 AÑOS
DOCUMENTO: CC20240858
EPS: FAMISANAR – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3153031308
VEREDA: BOJACA GERIATRICO PURA VIDA
SECTOR: CR 9 #33-00 FINCA LA SUIZA



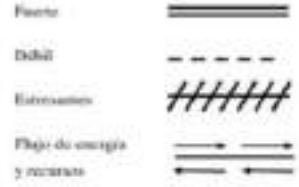
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 2:11 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

ADULTO MAYOR

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

FLOR

SEGUNDO NOMBRE

ALVA

PRIMER APELLIDO *

AMEZQUITA

SEGUNDO APELLIDO

DE AMEZQUITA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20240858

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

03 / 07 / 1939

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

FAMISANAR

Antecedentes Personales en Salud: *

DIABETICA

PACIENTE CRONICO *

- [x] Diabetes
- [ ] 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 *

3153031308

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 *

GERIATRICO DE LA NOVENA PURA VIDA FINCA LA SUIZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESTADO EMOCIONAL ESTABLE, BUENAS CONDICIONES ADAPTATIVA A LA INSTITUCION.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUE REALIZA ATENCION PSICOSOCIAL, SE SENSIBILIZA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION COGNITIVA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

HABITOS, SALUDABLES, ESTRATEGIAS DE GESTION EMOCIONAL.

FAMILIARES *

COMUNICACION ASERTIVA

INSTITUCIONALES *

SOLICITAR CITA POR EPS DE PSICOLOGIA.

Observaciones / hallazgos encontrados

CONTINUAR CON EL APOYO DE SUS CUIDADORES

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

1.1 ALBA AMEZQUITA ECO - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

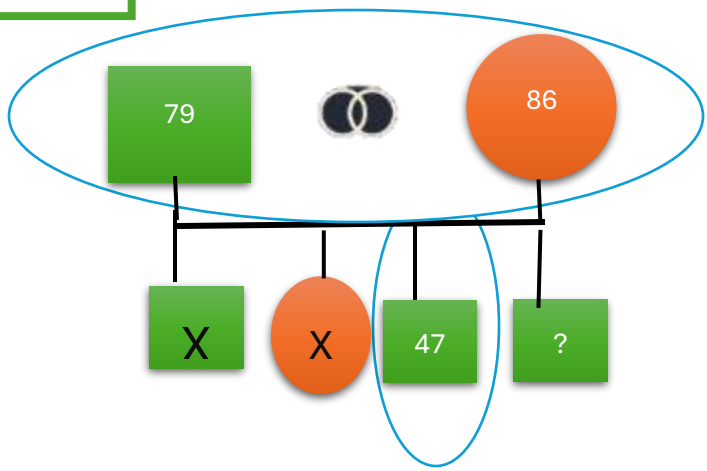
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

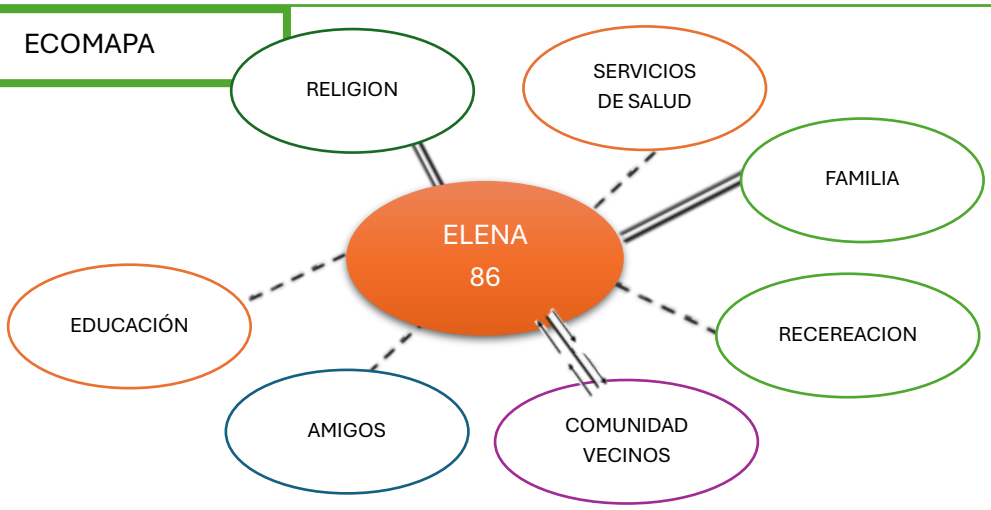
NOMBRE COMPLETO: ELENA CAMERO DE FUENTES
EDAD:86 AÑOS
DOCUMENTO: CC 20317699
EPS: NUEVA EPS - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3115961461
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



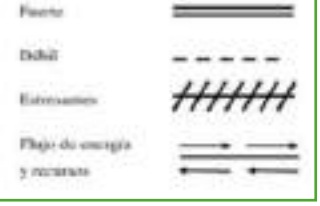
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

6 de febrero de 2026 a las 5:53 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

MELISSA COGUA

MOTIVO VISITA *

DUELO

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ELENA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

CAMERO

SEGUNDO APELLIDO

DE FUENTES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20317699

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

10 / 01 / 1940

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MADERO

Antecedentes Personales en Salud: *

PERITONITIS, GASTROTERITIS,DEABETES,EPOC

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

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

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3115961461

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO VIA PRINCIPAL DONDE VENDEN HUEVOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

47M, 35M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

TRISTEZA,DIFICULTADES EN SALUD (CAIDA), PERDIDA DE DOS HIJOS, FALTA DE APOYO OTRA HIJA Y NIETOS.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

LA PACIENTE MANIFIESTA SENTIRSE DEPRIMIDA POR PERDIDA HIJO QUE MURIO HACE 5 AÑOS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

GESTION EMOCIONAL, ESCUCHA ACTIVA, ESTRATEGIAS ESTIMULAR MEMORIA.

FAMILIARES *

COMUNICACION ASERTIVA CON SU OTRA HIJA E NIETOS

INSTITUCIONALES *

SE LE BRINDA INFORMACION DE LOS CENTROS DE ESCUCHA Y LA LINEA DE TELEORIENTACION POR PSICOLOGIA 123.

Observaciones / hallazgos encontrados

EMPEZAR UN PROCESO POR PSICOLOGIA DESDE SU EPS O POR PARTICULAR PARA MAYOR SEGUIMIENTO Y MAEJO DUELO.

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

1 ELENA CAMERO - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

18 de febrero de 2026 a las 1:57 p.m.

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SHIRLEY ESPINOSA

MOTIVO VISITA *

DIFICULTADES CON LA PAREJA

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JUAN

SEGUNDO NOMBRE

JOSE

PRIMER APELLIDO *

DIAZ

SEGUNDO APELLIDO

CONTRERAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1096540531

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

11 / 07 / 2008

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

SANDRA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MILENA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

CONTRERAS

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

SALDARRIAGA

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3208986405

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Otro: PANICO ESENICO

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
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3208986405

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 *

MERCEDES DE CALAHORRA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

43 F 23 M

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ANSIEDAD, ESTRES, RABIA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA QUE SU NOVIA PACIENTE PSIQUIATRICA TUVO EPISODIO UN DIA DE PELEA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

PROYECTO DE VIDA, ESTRATEGIAS CONTROL EMOCIONES.

FAMILIARES *

NORMAS, LIMITES, COMUNICACION ASERTIVA.

INSTITUCIONALES *

SOLICITAR CITA POR EPS DE PSICOLOGIA.

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 1,1 JUAN DIAZ - Laura Perez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

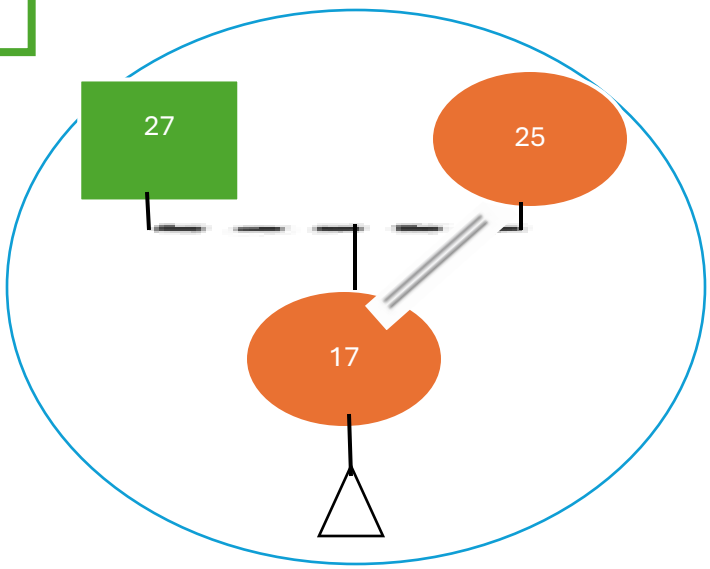
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE: MARIA JOSE LUCAZ CASTRO
EDAD: 17 AÑOS
DOCUMENTO: T.I 1053336006
EPS: SURA – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3132663954
VEREDA: CERCA DE PIEDRA
SECTOR:



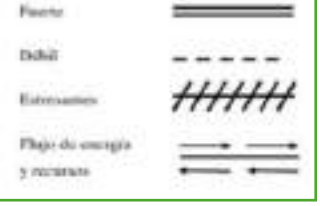
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

18 de febrero de 2026 a las 2:24 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SHIRLEY ESPINOSA

MOTIVO VISITA *

GESTANTE

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

JOSE

PRIMER APELLIDO *

LUCAS

SEGUNDO APELLIDO

CASTRO

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1053336006

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

11 / 07 / 2008

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ERIKA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

YULIETH

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

LUCAS

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

CASTRO

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3132663054

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sura

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Sura

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

- [ ] ROM
- [x] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3132663054

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 *

VIVE EN CERCA DE PIEDRA PERO ESTUDIA EN COLEGIO BOJACA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

12 SEMANAS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

27M 25F

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

CONFUNDIDA PROCESO EMBARAZO, TRISTEZA,

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA QUE QUEDO EN EMBARAZO Y NO HA ASIMILADO SU PROCESO AL PRINCIPIO NO QUERIA TENER SU BEBÉ PERO SUS PADRES HICIERON CAMBIAR DE OPINION.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ESCUCHA ACTIVA, ESTRATEGIAS GESTION EMOCIONAL, AUTOCUIDADO

FAMILIARES *

PAUTAS DE CRIANZA, NORMAS , LIMITES, COMUNICACION ASERTIVA.

INSTITUCIONALES *

SE REMITIO EL CASO A GESTION DEL RIEGO.

Observaciones / hallazgos encontrados

SOLICITAR CITA POR EPS DE PSICOLOGIA, MANEJO DE ANSIEDAD CULPA O DEPRESION,FORTALECIMIENTO AUTOESTIMA Y PROYECTO DE VIDA, EDUCACION PAUTAS DE CRIANZA.

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

1.2 MARIA CASTRO ECO - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

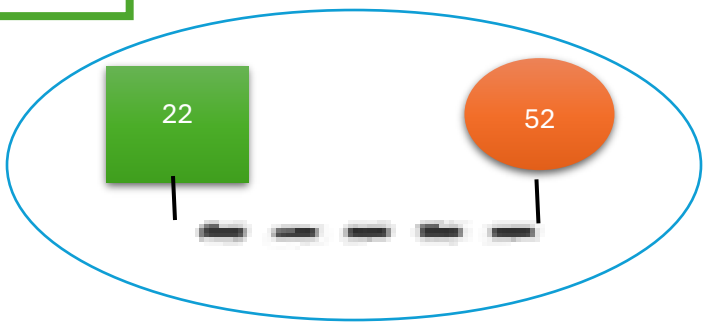
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

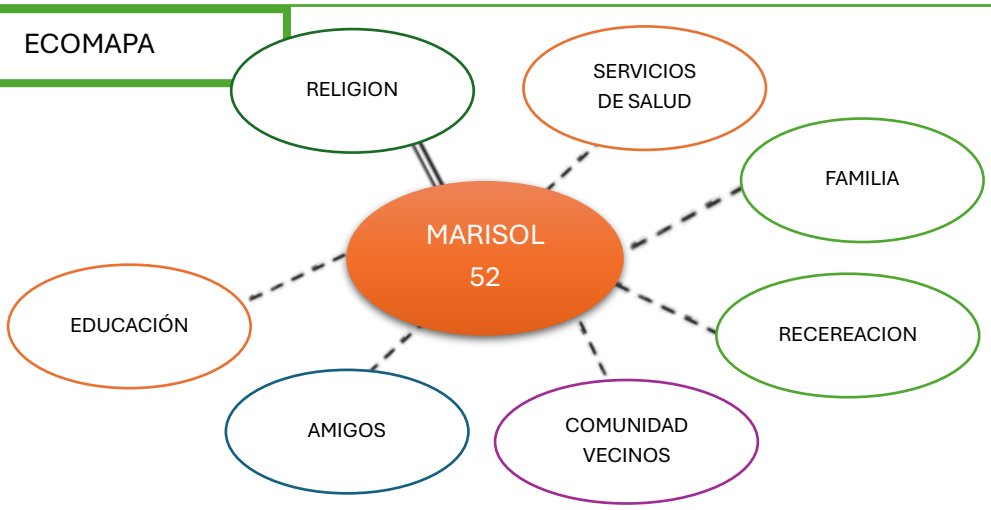
NOMBRE COMPLETO: MARISOL SALINA CARDENAS
EDAD: 52 AÑOS
DOCUMENTO: CC 35477217
EPS: SURA - SUBSIDIADO
CELULAR: 3151480585
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



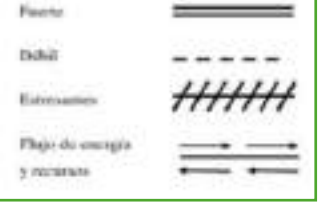
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

7 de febrero de 2026 a las 12:39 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

OLGA SEGURA

MOTIVO VISITA *

DICIULTADES ECONOMICAS

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARISOL

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

SALINAS

SEGUNDO APELLIDO

CARDENAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35477217

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

24 / 06 / 1974

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sura

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Sura

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

PACIENTE CRONICO

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3151480585

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO LA VECIDAD DEL CHAVO CASA CAFE SEGUNDO PISO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

35M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

TRISTEZA, SOSOBRA, ANGUSTIA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUE MANIFIETA QUE NO TIENE UN TRABAJO ESTABLE Y SU PAREJA SE ENCUENTRA HOPITALIZADO POR UN ACCIDENTE LABORA Y NO LE QUIEREN RESPONDER.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ESCUCHA ACTIVA, MANEJO GESTION EMOCIONAL,SENSIBILIZACION TENER TRABAJO ESTABLE, HABITOS SALUDABLES.

FAMILIARES *

BUSCAR MAS APOYO EN LA FAMILIA DE SU PAREJA, COMUNICACION ASERTIVA.

INSTITUCIONALES *

SOLICITAR CITA POR EPS POR PSICOLOGIA.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE APOYO EN SOLICITAR CITA POR EPS CAMBIO DE MEDICAMENTOS Y REVISICION GENERAL.

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

2 MARISOL SALINAS - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

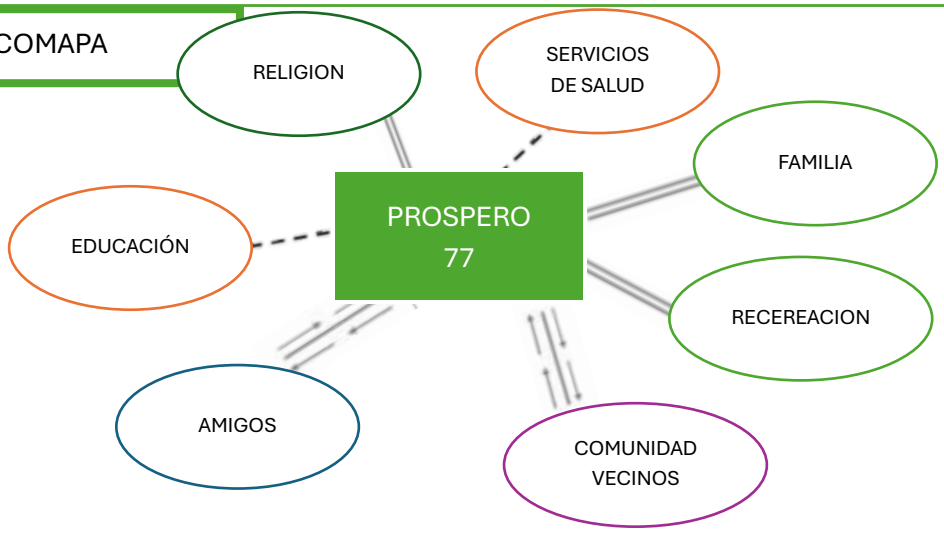
NOMBRE: PROSPERO MICAN ROJAS
EDAD: 77 AÑOS
DOCUMENTO: CC 19062595
EPS: NUEVA EPS – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3153031308
VEREDA: BOJACA GERIATRICO PURA VIDA
SECTOR: CR 9 #33-00 FINCA LA SUIZA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 3:29 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

ADULTO MAYOR

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

PROSPERO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

MICAN

SEGUNDO APELLIDO

ROJAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

19062595

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MADERO

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSO

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 *

3153031308

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 *

BOJACA LA NOVENA GERIATRICO PURA VIDA SEDE SUIZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESTADO EMOCIONAL ESTABLE, BUENAS CONDICIONES ADAPTATIVA A LA INSTITUCION.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUE SE REALIZA ATENCION PSICOSOCIAL, SE SENSIBILIZA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION COGNITIVA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

GESTION EMOCIONAL,

FAMILIARES *

NORMAS, LIMITES , COMUNICACION ASERTIVA

INSTITUCIONALES *

SOLICITAR CITA POR PSICOLOGIA DESDE SU EPS.

Observaciones / hallazgos encontrados

CONTINUAR CON EL APOYO DE LOS PROFESIONALES DEL GERIATRICO.

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

1. 2 POSPERO MICAN - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

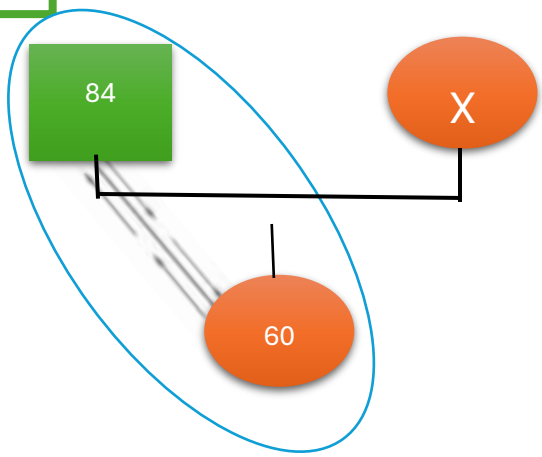
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

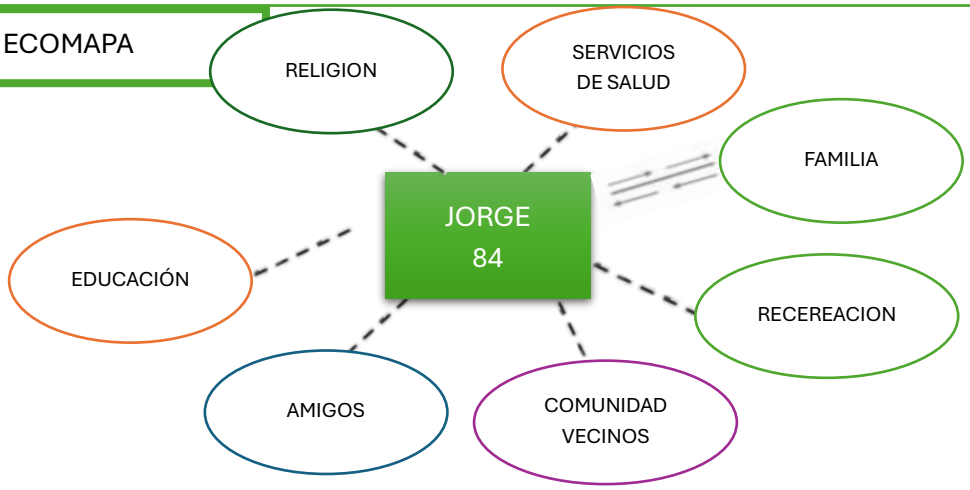
NOMBRE: JORGE ADALBERTO PEREZ GARCES
EDAD: 84 AÑOS
DOCUMENTO: CC 6866809
EPS: NUEVA EPS - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3245127261
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

6 de febrero de 2026 a las 6:54 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

OLGA SEGURA

MOTIVO VISITA *

ADULTO MAYOR

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JORGE

SEGUNDO NOMBRE

ADALBERTO

PRIMER APELLIDO *

PEREZ

SEGUNDO APELLIDO

GARCES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

6866809

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

21 / 04 / 1945

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

NO HA REALIZADO PORTABILIDAD A CHIA

Antecedentes Personales en Salud: *

PACIENTE CRONICO

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
- [x] 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 *

3245127261

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO ENTRADA LA VENCIDAD CUARTA PUERTA PRIMER PISO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

60M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

FALTA ORIENTACION EN TEMAS DE EPS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUIEN REFIERE TUVO UNA QUEMADA E UNA PIERNA POR UN TINTO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

HABITOS SALUDABLES, HABLAR DE LO SIENTE.

FAMILIARES *

COMUNICACION ASERTIVA, NORMAS, LIMITES,

INSTITUCIONALES *

SE LE REMITE LA RUTA CORRESPONDIENTE PARA PORTABILIDAD DE SU EPS.

Observaciones / hallazgos encontrados

SOLICITAR CITA PSICOLOGIA DESDE SU EPS.

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

3 JORGE PEREZ - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

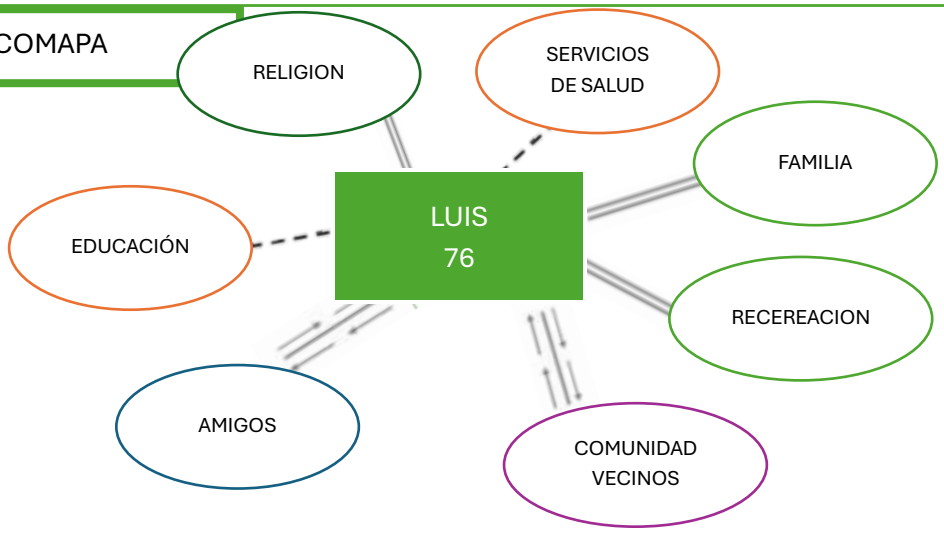
NOMBRE: LUIS ENRIQUE CUERVO GUERRERO
EDAD: 76 AÑOS
DOCUMENTO: CC 19089244
EPS: NUEVA EPS – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3153031308
VEREDA: BOJACA GERIATRICO PURA VIDA
SECTOR: CR 9 #33-00 FINCA LA SUIZA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 3:56 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

ADULTO MAYOR

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE

HENRIQUE

PRIMER APELLIDO *

CUERVO

SEGUNDO APELLIDO

GUERRERO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

19089244

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

17 / 08 / 1948

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

Hipertenso y Diabético

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 *

3153031308

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 *

LA NOVENA GERIATRICO PURA VIDA SEDE SUIZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

DIVORCIAD@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESTADO EMOCIONAL ESTABLE, BUENAS CONDICIONES ADAPTATIVA A LA INSTITUCION.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUE REALIZA ATENCION PSICOSOCIAL, SE SENSIBILIZA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION COGNITIVA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ESTRETAGIAS DE GESTION EMOCIONAL,

FAMILIARES *

COMUNICACION ASERTIVA

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR CON APOYO DE SUS CUIDADORES.

Observaciones / hallazgos encontrados

SOLICITAR CITA POR PSICOLOGIA DESDE SU EPS.

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

1.3 LUIS CUERVO ECO - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

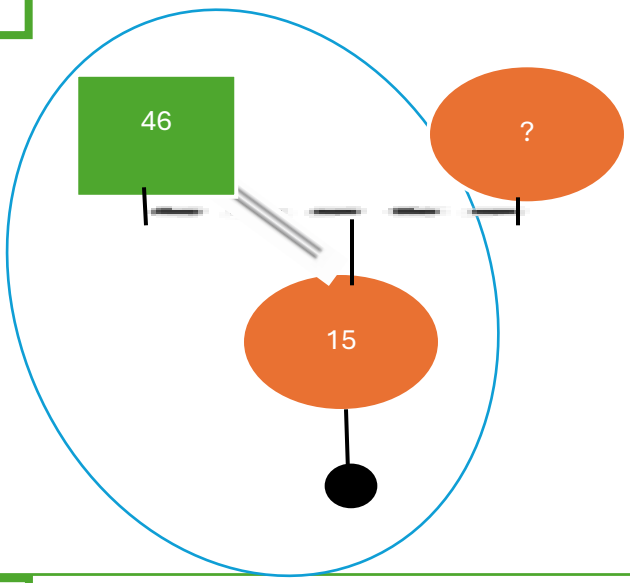
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

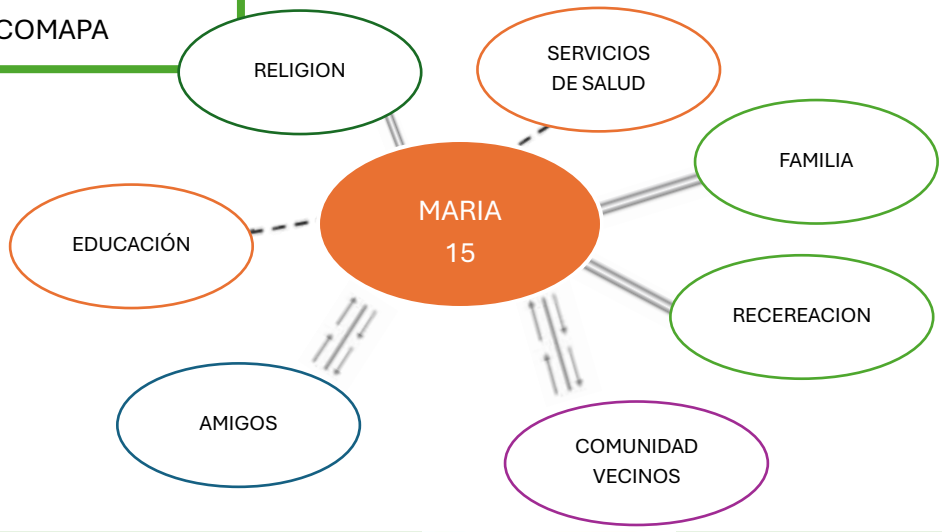
NOMBRE: SHARIT JULIANA PEREZ SUAREZ
EDAD: 15 AÑOS
DOCUMENTO: T.I 1053336006
EPS: SURA – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3203647660
VEREDA: BOJACA
SECTOR: TRES ESQUINAS CALLE 35 #E28-30



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

18 de febrero de 2026 a las 2:45 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SHIRLEY ESPINOSA

MOTIVO VISITA *

(GESTANTE)ABORTO ESPONTANEO

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

SHARIT

SEGUNDO NOMBRE

JULIANA

PRIMER APELLIDO *

PEREZ

SEGUNDO APELLIDO

SUAREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1049630809

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 07 / 2010

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

ENRIQUE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

PEREZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

PEREZ

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3203647660

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ABORTO ESPONTANEO

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3203647660

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TRES ESQUINAS CALLE 35# E 28-30

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

46M

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ANGUSTIA, MIEDO, SOSOBRA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ADOLESCENTE QUIEN ES REFERIDA POR QUE NO SABIA SI ABORTAR O CONTINUAR CON SU EMBARAZO EN PROCESO DE LA ENTREVISTA SU ACUDIENTE MENCIONA QUE EL DIA ANTERIOR LA TUVO LLEVAR AL MEDICO POR UN SANGRADO EL CUAL SUFRIO UN ABORTO ESPONTANEO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SENSIBILIZACION MIEDOS A FUTURO EMBARAZO, SE REALIZA ESCUCHA ACTIVA, VALIDEZ EMOCIONAL, BUENA TOMA DE DESICIONES.

FAMILIARES *

ORIENTACION PLANIFIICACION FAMILIAR, PROYECTO DE VIDA, FOMENTAR APOYO EMOCIONAL .

INSTITUCIONALES *

RETOMAR ESTUDIOS Y DARA SEGUIMIENTO POR ORIENTACION, SOLICITAR CITA POR EPS DE PSICOLOGIA.

Observaciones / hallazgos encontrados

A LA FECHA DE LA ORIENTACION YA LA PSICOLOGA DE GESTION DE RIESGO HABIA INTERVENIDO EN EL CASO.

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

1.3 SHARIT PEREZ ECO - Laura Perez.pdf

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

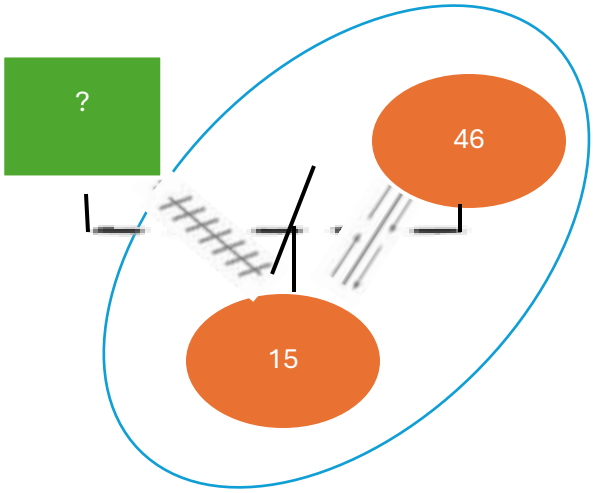
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

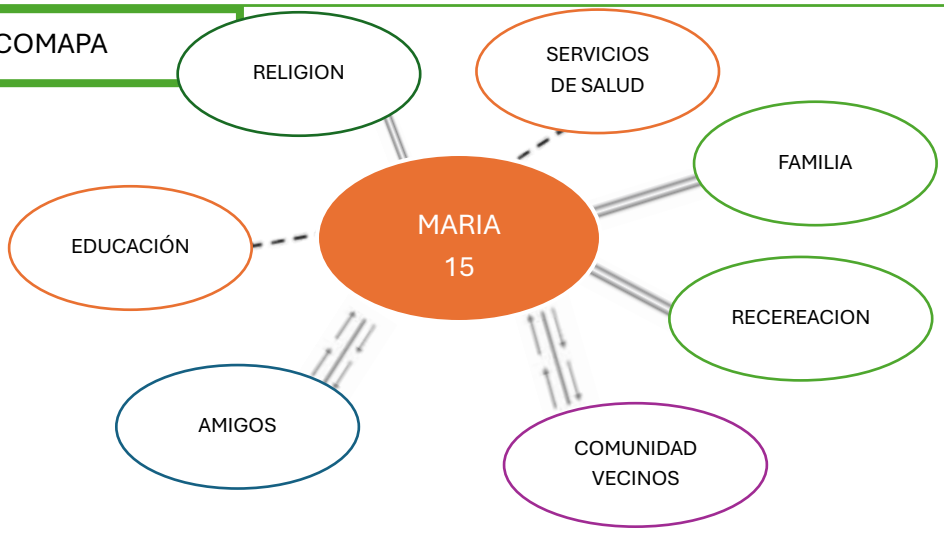
NOMBRE: EMILY SOFIA JIMENEZ QUIJANO
EDAD: 15 AÑOS
DOCUMENTO: T.I 1016720020
EPS: COMPENSAR – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3172450659
VEREDA: BOJACA
SECTOR: DELICIAS SUR CR 2 ESTE#32-17

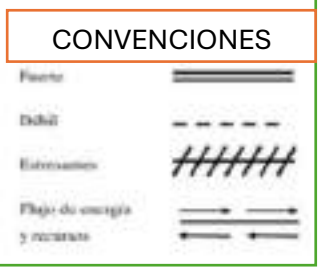


FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

18 de febrero de 2026 a las 3:06 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SHIRLEY ESPINOSA

MOTIVO VISITA *

PACIENTE PSIQUIATRICA

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EMILY

SEGUNDO NOMBRE

SOFIA

PRIMER APELLIDO *

JIMENEZ

SEGUNDO APELLIDO

QUIJANO

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1016720020

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

22 / 12 / 2009

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

YEIN

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

QUIJANO

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

TIFARO

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3172450659

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ANSIEDAD DEPRESION MIXTA

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3172450659

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 *

CR 2ESTE#32-17 LADO DE CRUZ VERDE

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

DIFICULTADES CON SU FIGURA PATERNA, SOBRE CARGA ACADEMICA.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE MANIFIESTA SU PADRE CUANDO VIVIA LA PRESIONAVA MUCHO HACER LAS COSAS Y DESDE HAY FUE CUANDO EMPEZO A GENERAR LA ANSIEDAD. EL PADRE YA NO VEVE CON ELLA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ESTRATEGIAS GESTION EMOCIONAL, ORGANIZACION TIEMPO, HABITOS SALUDABLES.

FAMILIARES *

COMUNICACION ASERTIVA, NORMAS , LIMITES.

INSTITUCIONALES *

SEGUIR CON SUS CONTROLES POR PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE ADHERENTE AL TRATAMIENTO SE REALIZARAN NUEVA VALORACIONES POR NEUROPSICOLOGIA DESDE SU EPS.

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

1.4 EMILI QUIJANO ECO - Laura Perez.pdf

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

DATOS BASICOS

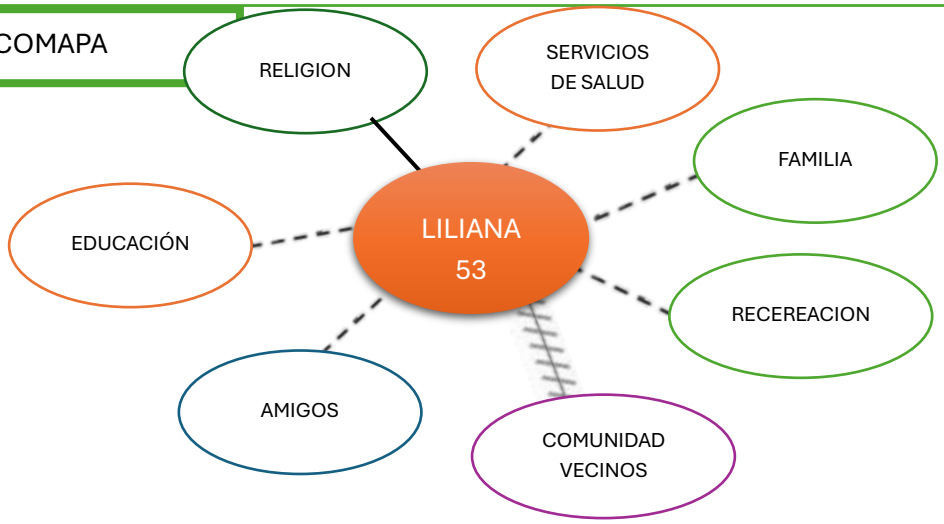
NOMBRE: LILIANA LIZBETH PEREZ VEGA
EDAD: 53 AÑOS
DOCUMENTO: PPT 6144089
EPS: NUEVA EPS - SUBSIDIADO
CELULAR: 3244410062
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

6 de febrero de 2026 a las 7:13 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

OLGA SEGURA

MOTIVO VISITA *

DIFICULTADES CON PAREJA

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LILIANA

SEGUNDO NOMBRE

LIZBETH

PRIMER APELLIDO *

PEREZ

SEGUNDO APELLIDO

VEGA

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

6144089

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 10 / 1971

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

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: *

DEPRESION NO DIAGNOSTICADA

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [x] 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 *

3244410062

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO ENTRADA LA VECINDAD CASA CAFE SEGUNDO PISO ALFRENTE DE LA ENTRADA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

CONFLICTOS CON PAREJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE MANIFIESTA QUE SU PAREJA ACTUAL ES MUY CELOSO QUE LLA NO PUEDE HABLAR O SOCIALIZAR POR QUE EL PIENSA QUE LE ESTA SIENDO INFIEL YA QUE POR PARTE DE EL SI UCURRIO UN SUCESO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

HABITOS SALUDABLES, NORMAS, LIMITES.

FAMILIARES *

SENSIBILIZAR PAREJA, COMUNICACION ASERTIVA, CONFIANZA.

INSTITUCIONALES *

SE LE BRINDA INFORMACION CENTRO ESCUCHA.

Observaciones / hallazgos encontrados

SOLICITAR CITA POR PSICOLOGIA DESDE SU EPS.

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

4 LILIANA VEGA - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

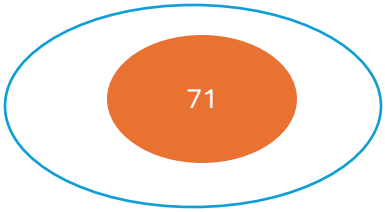
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

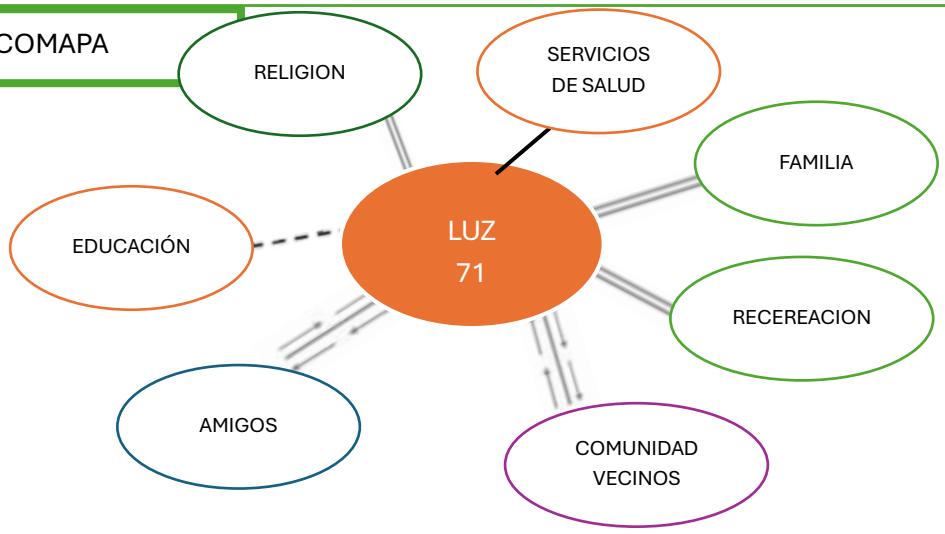
NOMBRE: LUZ ELVIA FERRO DE MAYORGA
EDAD: 71 AÑOS
DOCUMENTO: CC 41664885
EPS: NUEVA EPS – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3153031308
VEREDA: BOJACA GERIATRICO PURA VIDA
SECTOR: CR 9 #33-00 FINCA LA SUIZA



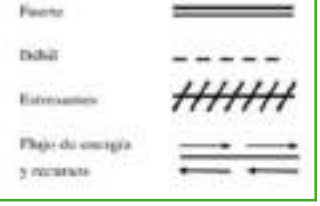
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 4:13 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

ADULTO MAYOR

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

ELVIA

PRIMER APELLIDO *

FERRERO

SEGUNDO APELLIDO

DE MAYORGA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

41664885

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

04 / 11 / 1954

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPOTIROIDISMO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [x] 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 *

3153031308

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 *

LA NOVENA GERIATRICO PURA VIDA SEDE SUIZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESTADO EMOCIONAL ESTABLE, BUENAS CONDICIONES ADAPTATIVA A LA INSTITUCION.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUE REALIZA ATENCION PSICOSOCIAL, SE SENSIBILIZA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION COGNITIVA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

HABITOS SALUDABLES, MENEJO DE LAS EMOCIONES.

FAMILIARES *

NORMAS, COMUNICACION ASERTIVA.

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR CON ACTIVIDADES EN EL GERIATRICO.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE BRINDA INFORMACION CENTRO DE ESCUCHA Y LA LINEA 123.

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

1,4 LUZ MAYORGA ECO - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

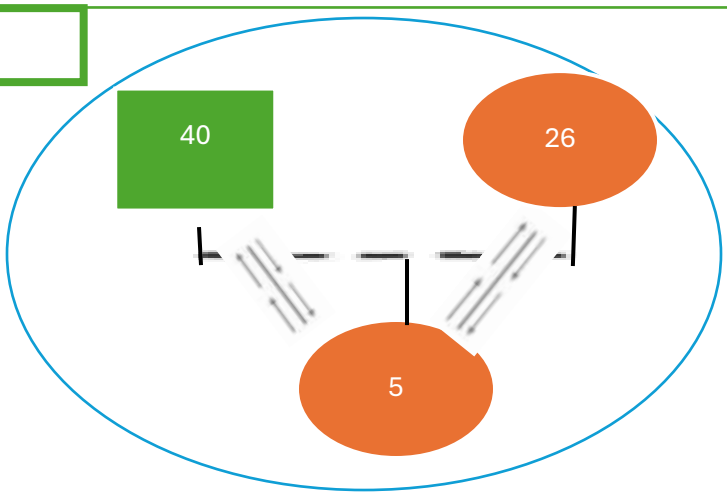
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

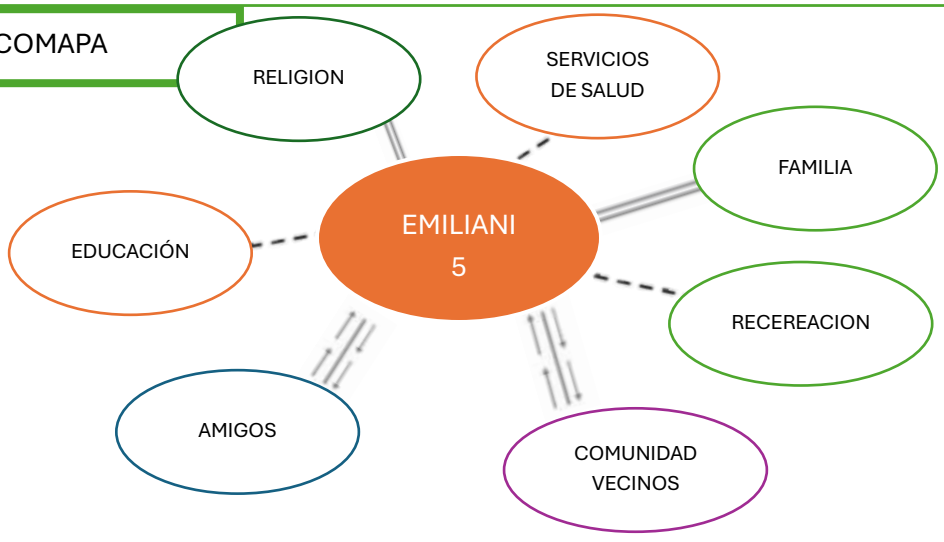
NOMBRE: EMILIANY VALENTINA VILLAFAÑE CASTILLO
EDAD: 5 AÑOS
DOCUMENTO: T.I 1016720020
EPS: FAMISANAR – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3112507841
VEREDA: BOJACA
SECTOR: CALLE 33ª#1-87

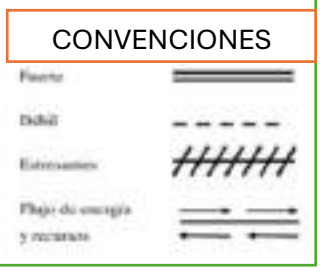


FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

18 de febrero de 2026 a las 4:16 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SHIRLEY ESPINOSA

MOTIVO VISITA *

COMPORTAMIENTOS INADECUADO

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EMILIANY

SEGUNDO NOMBRE

VALENTINA

PRIMER APELLIDO *

VILLAFAÑE

SEGUNDO APELLIDO

CASTILLO

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1028703006

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

18 / 09 / 2020

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

BLANCA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MARIA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

CASTIILLO

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

PEREZ

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3112507841

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3112507841

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 *

CALLLE 33A#1-87 CERCA COLEGIO BOJACA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

5F

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

INQUIETA, FALTA PAUTA DE CRIANZA.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUE ES REMITIDA POR ORIENTACION ROMPIO LA TAREA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

HACER UNA ACTIVIDAD GASTAR ENERGIA, FIJAR TIEMPO TAREAS, REFUERZOS POSITIVOS.

FAMILIARES *

DICIPLINA POSITIVA, PAUTAS DE CRIANZA, NORMAS , LIMITES

INSTITUCIONALES *

REALIZAR VALORACION POR PSICOLOGIA DESDE LA EPS.

Observaciones / hallazgos encontrados

DIFICULTADES ATENCIONALES, PSICOEDUCACION PERTINENETE SE LE BRINDA INFORMACION CENTROS DE ESCUCHA Y LA LINEA 123.

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

1.5 EMILIANY CASTILLO ECO - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

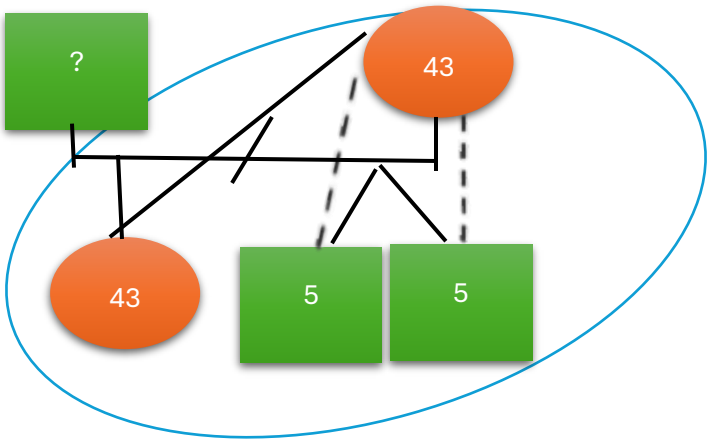
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE: KARLA MARIA ELLES GIL
EDAD: 43 AÑOS
DOCUMENTO: CC45400591
EPS: MUTUAL SER - SUBSIDIADO
CELULAR: 3213024519
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

6 de febrero de 2026 a las 8:13 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

OLGA SEGURA

MOTIVO VISITA *

PAUTAS DE CRIANZA

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

KARLA

SEGUNDO NOMBRE

MARIA

PRIMER APELLIDO *

ELLES

SEGUNDO APELLIDO

GIL

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

45400591

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

03 / 06 / 1982

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Capital salud

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

MUTUAL SER

Antecedentes Personales en Salud: *

ECLAMPSIA

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
- [x] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3213024519

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO ENTRADA DE LA VECINDAD AL FND CASA DE DOS PISOS PRIMER CUARTO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

10F,5M,5M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

CONFLICTOS FAMILIARES, TRISTEZA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUIEN REFIERE QUE EXTRAÑA SU PAIS QUE LE GUSTARIA VOLVER, MENCIONA SUS HIJOS GEMESLOS SON MUY INQUIETOS Y LE HAN LLAMADO LA ATENCION EN EL COLEGIO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

GETION EMOCIONAL, HABITOS SALUDABLES.

FAMILIARES *

PAUTAS CRIANZA, NORMAS, LIMITES.

INSTITUCIONALES *

SOLICITAR CITA POR SU EPS POR PSICOLOGIA.

Observaciones / hallazgos encontrados

APOYAR EL PROCESO CON ORIENTADORA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA.

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 5 KARLA ELLES - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

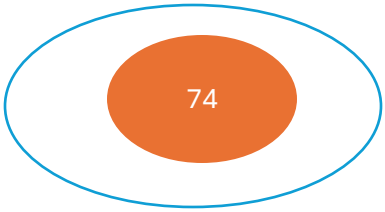
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

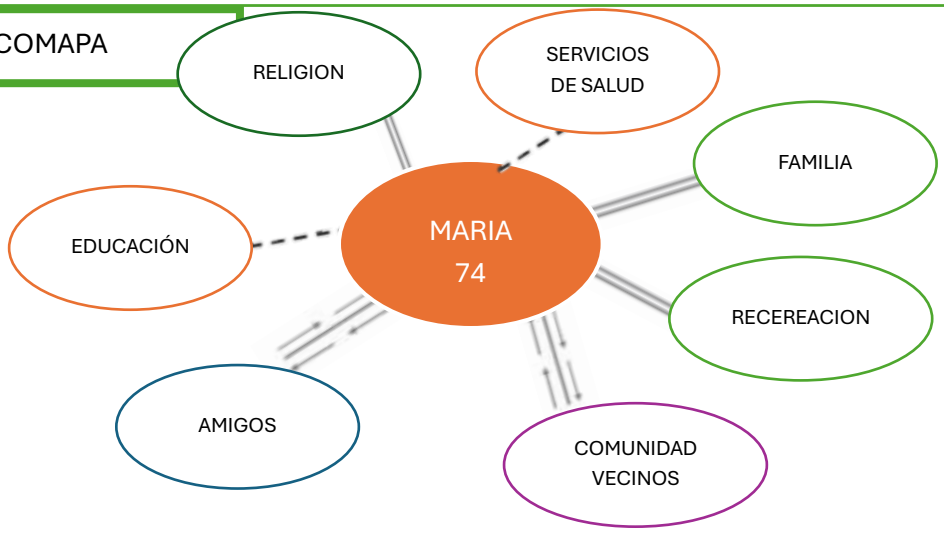
NOMBRE: MARIA TERESA RODRIGUEZ SOPO
EDAD: 74 AÑOS
DOCUMENTO: CC 20753200
EPS: ALIANSALUD – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3153031308
VEREDA: BOJACA GERIATRICO PURA VIDA
SECTOR: CR 9 #33-00 FINCA LA SUIZA



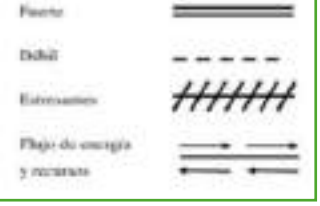
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 4:33 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

ADULTO MAYOR

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

TERESA

PRIMER APELLIDO *

RODRIGUEZ

SEGUNDO APELLIDO

SOPO

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20753200

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

21 / 05 / 1952

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Aliansalud

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

EPOC

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO

- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3153031308

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 *

LA NOVENA GERIATRICO PURA VIDA SEDE SUIZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

DIVORCIAD@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESTADO EMOCIONAL ESTABLE, BUENAS CONDICIONES ADAPTATIVA A LA INSTITUCION.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUE REALIZA ATENCION PSICOSOCIAL, SE SENSIBILIZA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION COGNITIVA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ESTRATEGIAS DE GESTION EMOCIONAL, HABITOS SALUDABLES

FAMILIARES *

COMUNICACION ASERTIVA, ESPACIOS DE ESCUCHA.

INSTITUCIONALES *

SOLICITAR CITA POR SU EPS DE PSICOLOGIA.

Observaciones / hallazgos encontrados

CONTINUAR CON LAS ACTIVIDADES Y APOYO DE LOS CUIDADORES.

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 1.5 MARIA RODRIGUEZ ECO - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

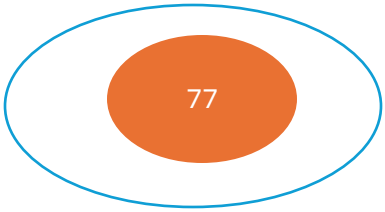
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

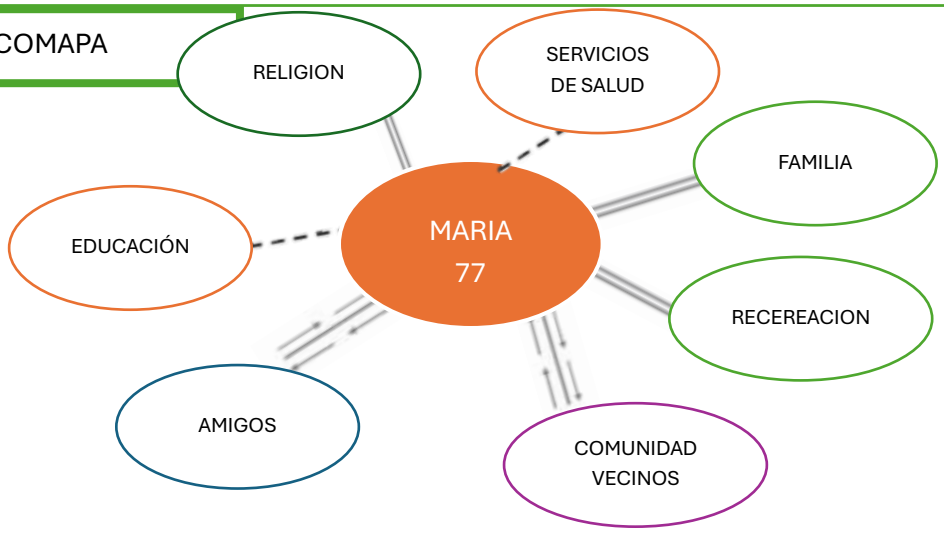
NOMBRE: MARIA ELVIA GIRALDO DE GAVIRIA
EDAD: 77 AÑOS
DOCUMENTO: CC 32446480
EPS: SANITAS – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3153031308
VEREDA: BOJACA GERIATRICO PURA VIDA
SECTOR: CR 9 #33-00 FINCA LA SUIZA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

17 de febrero de 2026 a las 3:11 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

ADULTO MAYOR

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

ELVIA

PRIMER APELLIDO *

GIRALDO

SEGUNDO APELLIDO

DE GAVIRIA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

32446480

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

26 / 07 / 1948

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSA

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 *

3153031308

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 *

LA NOVENA GERIATRICO PURA VIDA SEDE SUIZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESTADO EMOCIONAL ESTABLE, BUENAS CONDICIONES ADAPTATIVA A LA INSTITUCION.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUE SE LE REALIZA ATENCION PSICOSOCIAL, SE SENSIBILIZA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION COGNITIVA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

HABITOS SALUDABLES, ESTRATEGIAS GESTION EMOCIONAL.

FAMILIARES *

COMUNICACION ASERTIVA

INSTITUCIONALES *

SOLICITAR CITA POR EPS DE PSICOLOGIA.

Observaciones / hallazgos encontrados

CONTINUAR CON APOYO DE LOS PROFESIONALES EN EL GERIATRICO.

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

1.6 ELVIA GIRALDO ECO - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Gmail

Victoria Perez <lauravrperez@gmail.com>

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: LAURAVRPEREZ@gmail.com

12 de febrero de 2026 a las 17:49

Google Forms

[El texto citado está oculto]

[El texto citado está oculto]

Archivos enviados

PDF 6 LIZMAR CASTILLO - laura sara perez salcedo.pdf

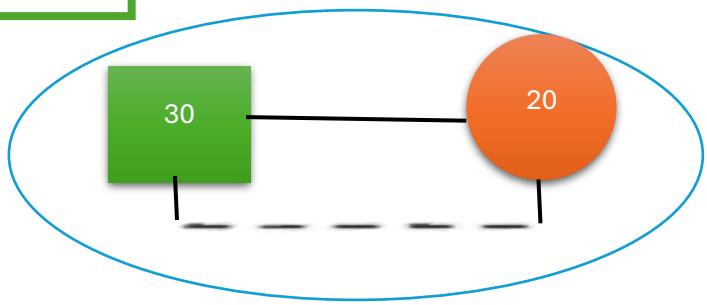
[El texto citado está oculto]

DATOS BASICOS

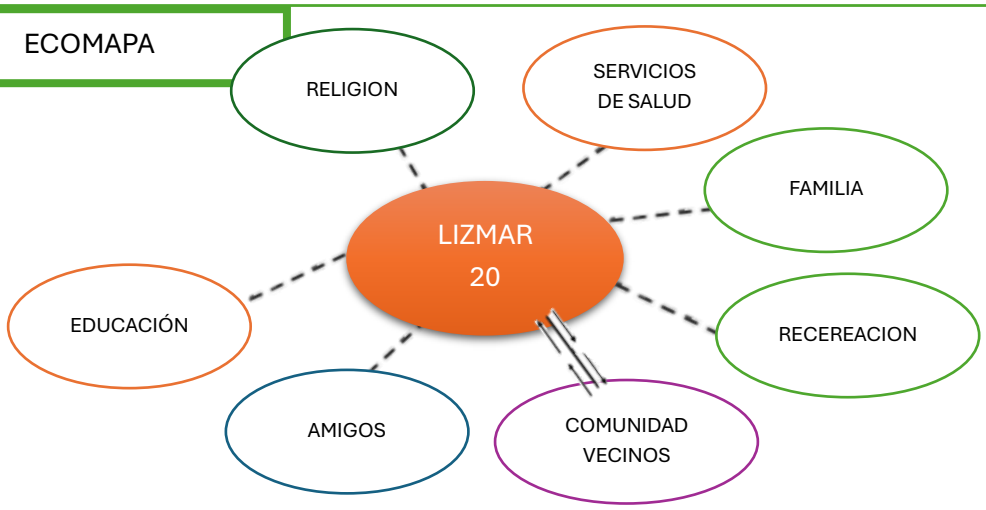


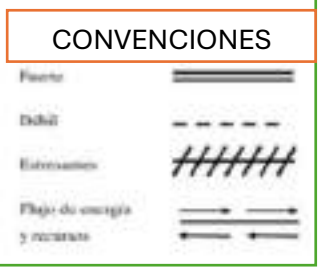
NOMBRE COMPLETO: LIZMAR ALEJANDRA FERNANDEZ CASTILLO
EDAD: 20 AÑOS
DOCUMENTO: CE 31492131
EPS: SIN ASEGURAMIENTO
CELULAR: 3133303245
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Victoria Perez <lauravrperez@gmail.com>

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: LAURAVRPEREZ@gmail.com

12 de febrero de 2026 a las 17:46

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

LAURAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

OLGA SEGURA

MOTIVO VISITA *

PROYECTO DE VIDA

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIZMAR

SEGUNDO NOMBRE

ALEJANDRA

PRIMER APELLIDO *

FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

CASTILLO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

31492131

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 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: *

OVARIOS KISTICOS

PACIENTE CRONICO *

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

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

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
- [ ] Otro: .....

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 ENTRADA PRIMERA VUELTA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

SUEGRO 55 AÑOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

FALTA APOYO DE SU FAMILIA, SIN ESTUDIOS , SIN ASEGURAMIENTO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA NO TERMINO SU BACHILLER LLEGO GRADO SEXTO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

PROYECTO DE VIDA, HABITOS SALUDABLES.

FAMILIARES *

COMUNICACION ASERTIVA, ESTRATEGIAS APRENDA A ESCRIBIR Y LEER.

INSTITUCIONALES *

SE LE BRINDA INFORMACION CENTRO DE ESCUCHA, Y LA LINEA 123.

Observaciones / hallazgos encontrados

RUTA AFILIARSE A LA EPS.

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Ningún archivo entregado

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

Gmail

Victoria Perez <lauravrperez@gmail.com>

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: LAURAVRPEREZ@gmail.com

12 de febrero de 2026 a las 18:20

Google Forms

[El texto citado está oculto]

[El texto citado está oculto]

Archivos enviados

PDF 7 DIONELIS HERNANDEZ - laura sara perez salcedo.pdf

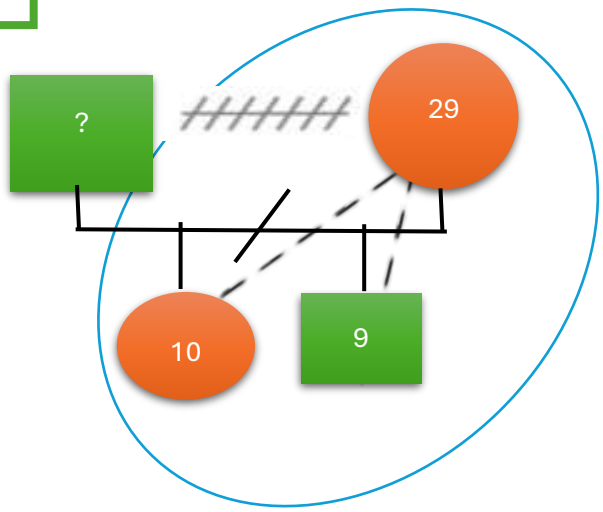
[El texto citado está oculto]

DATOS BASICOS

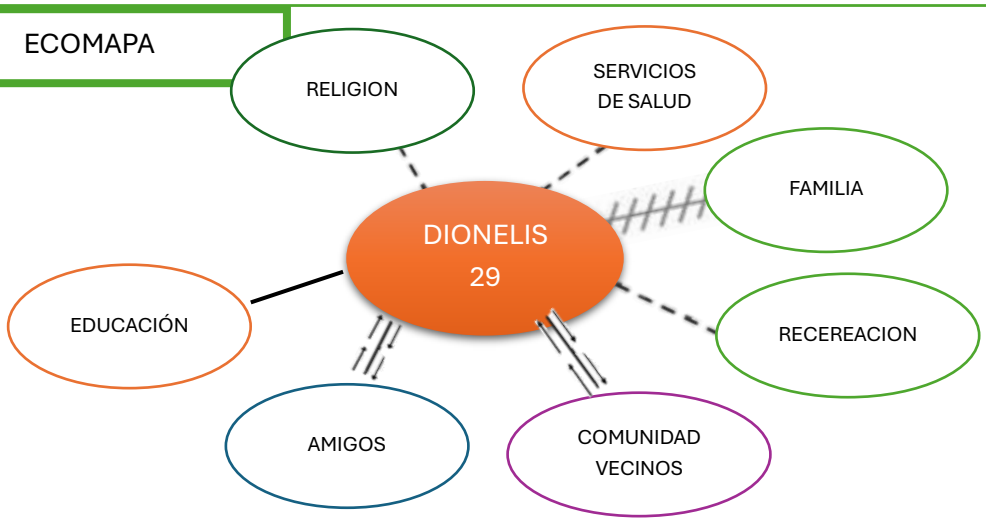
NOMBRE COMPLETO: DIONELIS PAHOLA HERNANDEZ CASTELLAR
EDAD: 29 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1070029121
EPS: SANITAS - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3181168413
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO

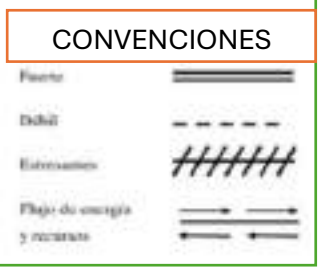


FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Victoria Perez <lauravrperez@gmail.com>

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: LAURAVRPEREZ@gmail.com

12 de febrero de 2026 a las 18:15

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

LAURAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

OLGA SEGURA

MOTIVO VISITA *

PAUTAS CRIANZA

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DIONELIS

SEGUNDO NOMBRE

PAOLA

PRIMER APELLIDO *

HERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

CASTELLANOS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1070029121

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

18 / 03 / 1896

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: *

PLECANCIA, HIPOGLISEMICA, MIGRAÑA

[El texto citado está oculto]

TELEFONO DE CONTACTO *

3181168413

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO PRIMERA ENTRADA PASANDO LA PANADERIA MANO DERECHA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

9 M,10F

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MADRE 64

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

PROCESO POR COMISARIA, ESTRES, APOYO DEL PADRE SE SUS HIJOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA SU HIJO TIENE PROBLEMAS DE HIPERACTIVIDAD

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

HABITOS SALUDABLES, ESTARTEGIAS GESTION EMOCIONAL , HABLAR.

FAMILIARES *

NORMAS , LIMITES, COMUNICACION ASERTIVA.

INSTITUCIONALES *

SOLICITAR CITA POR PSICOLOGIA DESDE SU EPS.

Observaciones / hallazgos encontrados

PAUTAS DE CRIANZA,

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Ningún archivo entregado

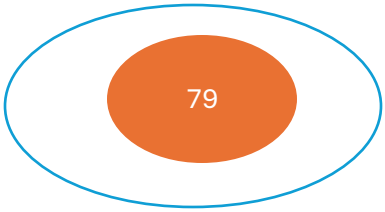
[El texto citado está oculto]

DATOS BASICOS

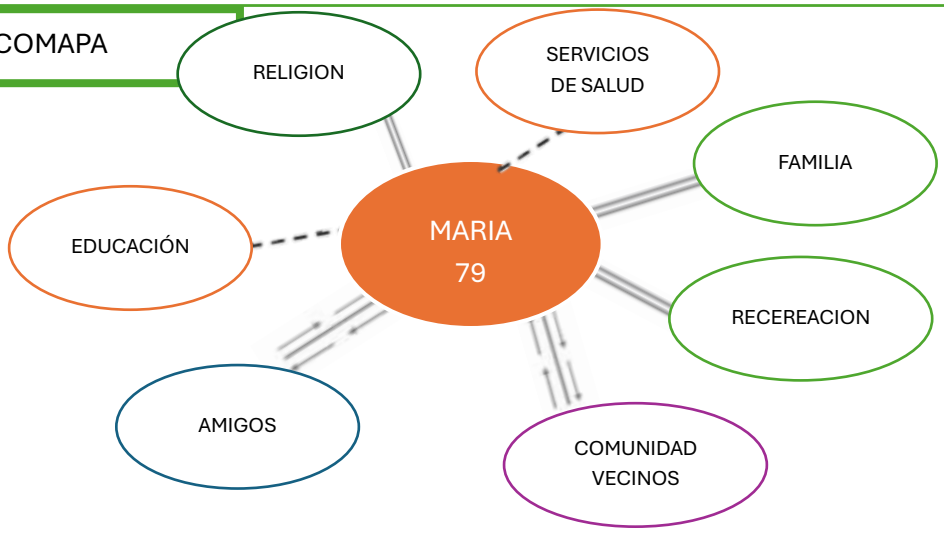
NOMBRE: MARIA DEL CARMEN FONSECA GARCIA
EDAD: 79 AÑOS
DOCUMENTO: CC 20038310
EPS: SANITAS – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3153031308
VEREDA: BOJACA GERIATRICO PURA VIDA
SECTOR: CR 9 #33-00 FINCA LA SUIZA



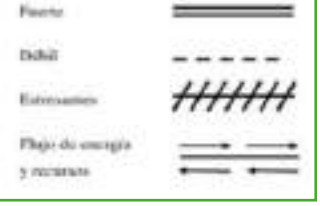
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

17 de febrero de 2026 a las 3:51 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

ADULTO MAYOR

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

DEL CARMEN

PRIMER APELLIDO *

FONSECA

SEGUNDO APELLIDO

GARCIA

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20038310

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

07 / 09 / 1947

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ASMA

PACIENTE CRONICO *

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

3153031308

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 *

LA NOVENA GERIATRICO PURA VIDA SEDE SUIZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

BUENAS CONDICIONES ADAPTATIVA A LA INSTITUCION

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE SE SENSIBILIZA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION COGNITIVA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ESTRATEGIAS DE GESTION EMOCIONAL, HABITOS SALUDABLES

FAMILIARES *

ESCUCHA ACTIVA, NORMAS.

INSTITUCIONALES *

SEE LE BRINDA INFORMACION CENTRO DE ESCUCHA Y LA LINEA 123.

Observaciones / hallazgos encontrados

SOLICITAR CITA POR EPS DE PSICOLOGIA.

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

1.7 MARIA FONSECA ECO - Laura Perez.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

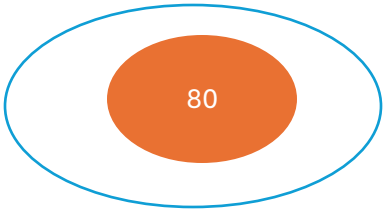
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

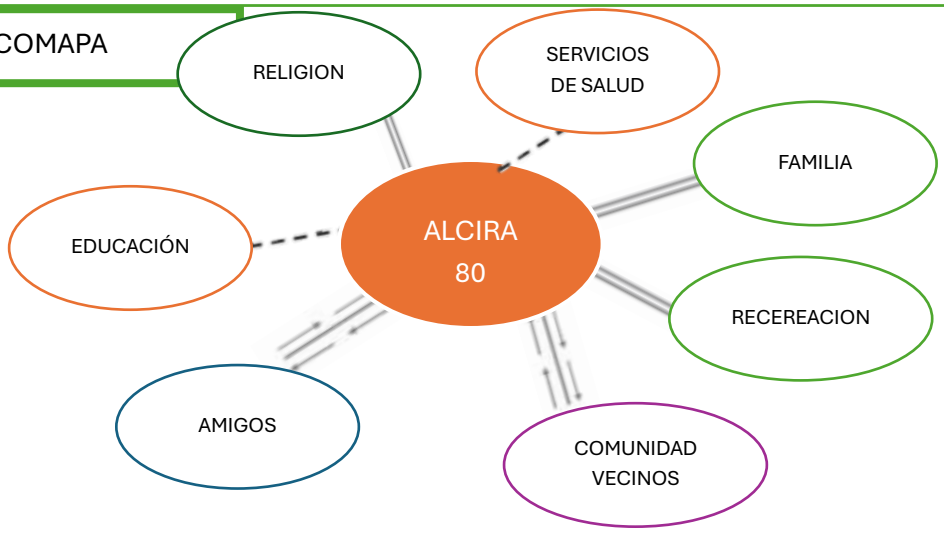
NOMBRE: ALCIRA RAMIREZ DE DIAZ
EDAD: 80 AÑOS
DOCUMENTO: CC 21164251
EPS: FAMISANAR – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3153031308
VEREDA: BOJACA GERIATRICO PURA VIDA
SECTOR: CR 9 #33-00 FINCA LA SUIZA

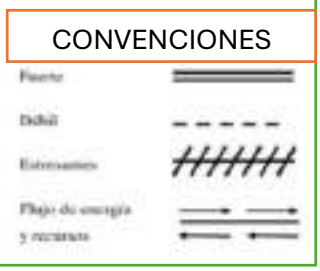


FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Laura Perez <victoriavrperez@gmail.com>

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

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: VICTORIAVRPEREZ@gmail.com

17 de febrero de 2026 a las 5:00 p.m.

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 *

VICTORIAVRPEREZ@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

ADULTO MAYOR

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ALCIRA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

RAMIREZ

SEGUNDO APELLIDO

DE DIAZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

2164251

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

17 / 04 / 1946

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

DIABETES

PACIENTE CRONICO *

- [x] Diabetes
- [ ] 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 *

3153031308

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 *

LA NOVENA GERIATRICO PURA VIDA SEDE SUIZA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES