**CONCLUSIONES**

La jornada de caracterización realizada en la vereda Córdoba permitió verificar que, al momento de la visita, no se encontraron niñas, niños ni adolescentes dentro del rango de edad priorizado para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). No obstante, la actividad fue significativa, ya que se fortaleció el proceso de educación y sensibilización comunitaria sobre la importancia de la vacunación, la adopción de hábitos de vida saludable y la prevención de enfermedades transmisibles.

Se evidenció disposición y compromiso por parte de la comunidad para apoyar las acciones de promoción y prevención, informando oportunamente al equipo de salud sobre la presencia de población priorizada, lo cual permitirá garantizar el acceso oportuno a los servicios de vacunación y contribuir al cuidado integral de la salud.

**COMPROMISOS ADQUIRIDOS:**

| COMPROMISO | FECHA DE CUMPLIMIENTO | RESPONSABLE |
|---|---|---|
| Realizar seguimiento periódico en la vereda Córdoba y Boca de Monte Lajas para identificar población en el rango de edad priorizado para la vacunación contra el VPH. | Marzo | Auxiliar de enfermería |
| Continuar desarrollando procesos de educación en salud sobre vida saludable y prevención de enfermedades transmisibles | Marzo | Auxiliar de enfermería |

**ASISTENTES:**

| NOMBRE Y APELLIDOS | CARGO | ENTIDAD | FIRMA |
|---|---|---|---|
| DAMARIS REYES REYES | AUXILIAR DE ENFERMERIA | H.SJ.G APS |  |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTION DE LA SALUD PUBLICA | Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091<br>Versión: 6 |
|---|---|---|
| | REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS | Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025 |

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

1. FECHA: 2026 — 2. TEMÁTICA: Vacunación V.P.H. (12-16).

3. MUNICIPIO: Capurapi — 4. LUGAR: Hogar

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Damaris Rojas Rojas

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 24.658[illegible] — Firma

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN | | ENTORNO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | AFILIACION SALUD | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL | DISCAPACIDAD | POBLACION VULNERABLE | EMBARAZADA | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO<br>1. C.C<br>2. T.I<br>3. RC<br>4. OTRO (y ver instructivo) | N° | 1.Hogar<br>2. Comunitario<br>3. Laboral<br>4. Educativo<br>5. Institucional | 1. Masculino<br>2. Femenino | Dia / Mes / Año | 1. Contributivo<br>2. Subsidiado<br>3. Excepción<br>4,Especial<br>5. No asegurado | 1. Indígena<br>2.Afro<br>3. Palenquero<br>4. Raizal<br>5. ROM<br>6.Migrante.<br>7.PVCA | 1. Fisica<br>2.Auditiva<br>3. Visual<br>4.Sordera<br>5.Intelectual<br>6. Mental<br>7.Múltiple | 1. PPL<br>2.Habitante Calle<br>3.LGBTIQ+<br>4.Personas en situación de prostitución<br>5.Usuarios de drogas inyectables | 1.Si<br>2. No | | 1. Rural Disperso<br>2.Cabecera Municipal.<br>3. Centro poblado | | | | |
| 1 | Jose Manuel Chimby Sancha | 2 | 1073337941 | 1 | 1 | 05-06 2016 | 2 | | | | 2 | Estudiante | 1 | Barrio el Hogar | 3145872496 | | Jose Manuel S |
| 2 | Dana valentina Arias Rubio | 2 | 1213713920 | 1 | 2 | 23-01 2017 | 2 | | | | 2 | Estudiante | 1 | Barrio el Hogar | 3143698878 | | Dana Arias |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD** 09

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 28-02-2016 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | I.P.S Sonia Adiba |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Jose manuel chimby sancha | EDAD: 9 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1073327941 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapi | 06-06-2016 | | DIRECCIÓN: | Cra 4 Nº 4-56 |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3108736096 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [x] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Nueva EPS |
| Grupos de riesgo según RIAS | | Canalización Equipo Básico | | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Vacunacion de V.P.H. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No tiene la vacunas de VPH

**AUTORIZACIÓN**

Yo Jose manuel chimby sancha Identificado ( a) con TI número 1073327941 por medio de mi firma
SI [x] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | | USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Rojas | FIRMA | Jose manuel chimby |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S. | OCUPACIÓN | Estudiante |
| FIRMA | | FIRMA | Emanuel S. |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(19)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 04-03-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | Centro de salud |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Dana Valeria Arias Rubio | | EDAD: 9 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1213773920 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapí | | 23-01-2017 | DIRECCIÓN: | Barrio mark de lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3143168876 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | ESPECIAL | EPS/EAPB | |
| | VINCULADO | SIN AFILIACIÓN | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios Institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. psicologica | 4. |
| 2. Vacunación VPH. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Psicologia

**AUTORIZACIÓN**

Yo Heidy Rubio Identificado ( a) con CC número 1072749866 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi Información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojas |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Dana Valeria |
| OCUPACIÓN | Estudiante |
| FIRMA | Heidy Rubio |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

224

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**

**IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

Al momento de nacer — Fecha:

**PRIMER CONTROL MÉDICO**

Durante el primer mes de vida — Fecha:

**SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA**

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---|---|---|---|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

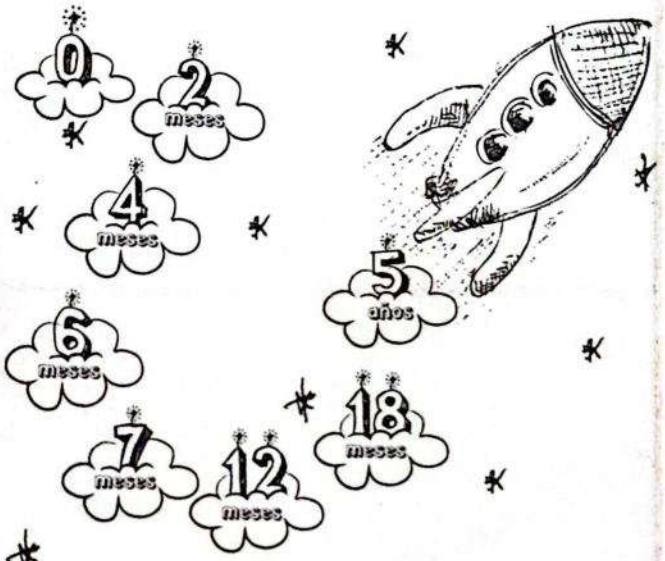
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

## Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años




- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**


**República de Colombia**
**Ministerio de Salud y Protección Social**
**Dirección de Promoción y Prevención**
**Subdirección de Enfermedades Transmisibles**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

**www.minsalud.gov.co**
**Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25**


AIEPI — de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

**CARNÉ DE VACUNACIÓN**

Nombre: Matiaz Ortiz Zapata
Fecha de nacimiento: 29/10/19
Nº de certificado de nacido vivo: 153364404
Registro civil: 1058205364
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2745gr
Dirección: San Pedro la Paz
Teléfono: 3504160962
Responsable: Yahyendra Paola Zapata D
Municipio de residencia: La Dorada
Departamento: Caldas
CC 1007584284

**Recuerda:**
**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Mateo Ortiz Zapata — Registro Civil: 1058205364

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación (Día Mes Año) | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita (Día Mes Año) | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva | SÍ [X] No [ ] | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 24/10/19 | Serum | 0316N169 | E.S.E Hospital de Caldas | 29-12-19 | Jessica Zabaraya |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 24/10/19 | Serum | 0316N169 | | | |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | SÍ [ ] No [ ] | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 24-01-20 | Sanofi P. | P1A321V | H00 | | James 6 |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 24-01-20 | Biológicals | E2201141QC | H00 | | James 6 |
| | Rotavirus | 1ª | 24-01-20 | 6-5R | AROIC220AM | H00 | | James 6 |
| | Neumococo | 1ª | 24-01-20 | 6SR | ASPNB230BA | H00 | | James 6 |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | SÍ [ ] No [ ] | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 20-11-20 | Sanofi P. | R3L891V | H00 | | James 6 |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | DPT 2ª / HB 2ª | 20-11-20 | Serum | 2820X0054 | H00 | 03-20 | James |
| | Rotavirus | 2ª | 20-11-20 | Serum | 0329Q00E | H00 | | James |
| | Neumococo | 2ª | 20-11-20 | ASPNB272BA | 68R | H00 | 17 | James |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 18-3-21 | Sanofi | T3D89 | ESE Hpm | 18 S 2021 | Leidy Gomez |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | DPT 3ª / HB 3ª | 18-3-21 | HB Serum 0326401BD. DPT. Serum 2820X0051A | | ESE HOSPITAL DE CALDAS | 18 J 2021 | Leidy Gomez |
| | Influenza | 1ª | 19.6.21 | Sanofi Pas | V3B57 | [illegible] S.A.S | 19 07 2021 | Patricia Agudelo |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | 5-12-21 | Sanofi | V3C13 | E S E H J V | | Alexandra Reyes |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 20-11-20 | Serum | 0139N108B | ESE CALDAS | | James 6 |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 5-12-21 | Sanofi | T3627 | E.S.E HJV | | Alexandra Reyes |
| | Neumococo | Refuerzo | 19.6.21 | Glaxosm. th | A5PNB308BA | E.S.E H.J.V | | Patricia Agudelo |
| | Influenza | Anual | | | | | | |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 20-11-20 | Merck | 90274575 | | | James 6 |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1º Refuerzo | 18.03.22 | Serum | 2820X0049B | | | [illegible] |
| | Polio (Oral - IM) | 1º Refuerzo | 18.03.22 | Serum | 1801P002 | | | [illegible] |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2º Refuerzo | 16-11-2024 | Biothuven | 2203402A | MEDICARE IPS NIT. 810.004.747-1 Vacunación | | Luz Alba Valencia |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | 16-11-2024 | 2228X0036 | Serum | | | Auxiliar de Enfermería |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 11-07-2023 | Serum | D131N072B | ESE [illegible] | SADS | Leidy Polanco |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | VARICELA | 1ª | 20-11-20 | Merck | T013385 | H00 | | James 6 |
| | Varicela | R. | 16-11-2024 | Merck | Y027614 | MEDICARE IPS NIT. 810.004.747-1 Vacunación | | Luz Alba Valencia |
| | Sarampion-Rubeola | Ref | 19-6-21 | Serum | 0129W227 | | | Auxiliar de Enfermería |

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

224

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**

**IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

Al momento de nacer — Fecha:

**PRIMER CONTROL MÉDICO**

Durante el primer mes de vida — Fecha:

**SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA**

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---|---|---|---|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

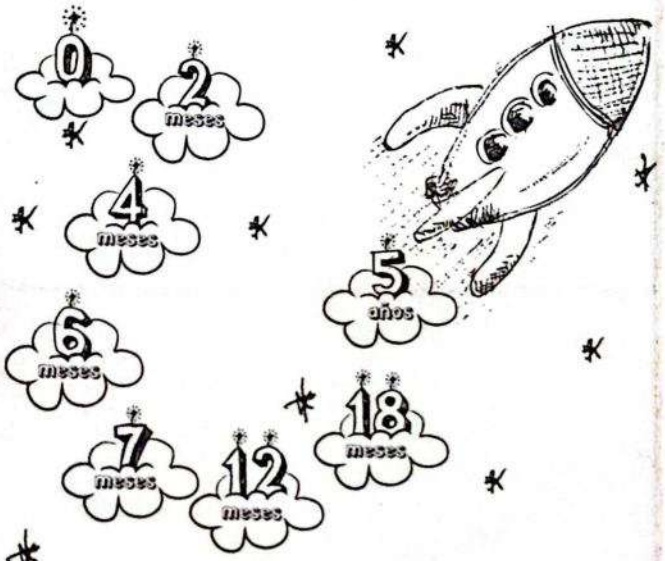
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

## Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años




- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**


**República de Colombia**
**Ministerio de Salud y Protección Social**
**Dirección de Promoción y Prevención**
**Subdirección de Enfermedades Transmisibles**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

**www.minsalud.gov.co**
**Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25**


AIEPI — de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

**CARNÉ DE VACUNACIÓN**

Nombre: Matiaz Ortiz Zapata
Fecha de nacimiento: 29/10/19
Nº de certificado de nacido vivo: 153364404
Registro civil: 1058205364
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2745gr
Dirección: San Pedro la Paz
Teléfono: 3504160962
Responsable: Yahyendra Paola Zapata D
Municipio de residencia: La Dorada
Departamento: Caldas
CC 1007584284

**Recuerda:**
**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Mateo Ortiz Zapata — Registro Civil: 1058205364

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación (Día Mes Año) | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita (Día Mes Año) | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva | SÍ [X] No [ ] | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 24/10/19 | Serum | 0316N169 | E.S.E Hospital de Caldas | 29-12-19 | Jessica Zabaraya |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 24/10/19 | Serum | 0316N169 | | | |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | SÍ [ ] No [ ] | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 24-01-20 | Sanofi P. | P1A321V | H00 | | James 6 |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 24-01-20 | Biológicals | E2201141QC | H00 | | James 6 |
| | Rotavirus | 1ª | 24-01-20 | 6-5R | AROIC220AM | H00 | | James 6 |
| | Neumococo | 1ª | 24-01-20 | 6SR | ASPNB230BA | H00 | | James 6 |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | SÍ [ ] No [ ] | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 20-11-20 | Sanofi P. | R3L891V | H00 | | James 6 |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | DPT 2ª / HB 2ª | 20-11-20 | Serum | 2820X0054 | H00 | 03-20 | James |
| | Rotavirus | 2ª | 20-11-20 | Serum | 0329Q00E | H00 | | James |
| | Neumococo | 2ª | 20-11-20 | ASPNB272BA | 68R | H00 | 17 | James |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 18-3-21 | Sanofi | T3D89 | ESE Hpm | 18 S 2021 | Leidy Gomez |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | DPT 3ª / HB 3ª | 18-3-21 | HB Serum 0326401BD. DPT. Serum 2820X0051A | | ESE HOSPITAL DE CALDAS | 18 J 2021 | Leidy Gomez |
| | Influenza | 1ª | 19.6.21 | Sanofi Pas | V3B57 | [illegible] S.A.S | 19 07 2021 | Patricia Agudelo |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | 5-12-21 | Sanofi | V3C13 | E S E H J V | | Alexandra Reyes |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 20-11-20 | Serum | 0139N108B | ESE CALDAS | | James 6 |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 5-12-21 | Sanofi | T3627 | E.S.E HJV | | Alexandra Reyes |
| | Neumococo | Refuerzo | 19.6.21 | Glaxosm. th | A5PNB308BA | E.S.E H.J.V | | Patricia Agudelo |
| | Influenza | Anual | | | | | | |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 20-11-20 | Merck | 90274575 | | | James 6 |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1º Refuerzo | 18.03.22 | Serum | 2820X0049B | | | [illegible] |
| | Polio (Oral - IM) | 1º Refuerzo | 18.03.22 | Serum | 1801P002 | | | [illegible] |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2º Refuerzo | 16-11-2024 | Biothuven | 2203402A | MEDICARE IPS NIT. 810.004.747-1 Vacunación | | Luz Alba Valencia |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | 16-11-2024 | 2228X0036 | Serum | | | Auxiliar de Enfermería |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 11-07-2023 | Serum | D131N072B | ESE [illegible] | SADS | Leidy Polanco |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | VARICELA | 1ª | 20-11-20 | Merck | T013385 | H00 | | James 6 |
| | Varicela | R. | 16-11-2024 | Merck | Y027614 | MEDICARE IPS NIT. 810.004.747-1 Vacunación | | Luz Alba Valencia |
| | Sarampion-Rubeola | Ref | 19-6-21 | Serum | 0129W227 | | | Auxiliar de Enfermería |

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

**Vacunar Oportunamente** con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, **Hepatitis B**, **Poliomielitis**, **Meningitis** y otras enfermedades causadas por **Haemophilus influenzae tipo B**, **Difteria**, **Tosferina**, **Tetanos**, **Diarrea por rotavirus**; **Neumonia**, **Otitis**, **Meningitis bacteriemia causada por Neumococo**, **Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza**, **Sarampión**, **Rubéola**, **Parotiditis**, **Varicela**, **Hepatitis A**, **Fiebre Amarilla** y **Virus del Papiloma Humano**.



**Busca ya las vacunas**

¡es gratis, hazlo de una!

**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección de Promoción y Prevención

Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

**SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

| | D | M | A |
|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | |
| 2.ª entrega | | | |
| 3.ª entrega | | | |
| 4.ª entrega | | | |
| 5.ª entrega | | | |

**VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL**

| | D | M | A | | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 años | | | | 3ª | | | |
| 4 años | | | | 4ª | | | |
| 5 años | | | | 5ª | | | |

*Menor o igual a 20 normal

**VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA**

**SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO**

| Resultado Tamizaje Neonatal | | D | M | A |
|---|---|---|---|---|
| TSH neonatal | Normal | | | |
| | Alterado | | | |
| Auditivo OEA/PEAA | Normal | | | |
| | Alterado | | | |
| Cardiopatía Congénita Compleja | Normal | | | |
| | Alterado | | | |
| Visual | Normal | | | |
| | Alterado | | | |
| ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA | | | | |

**ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)**

| Edad | Fecha | | | Valoración Nutricional | | Puntuación Z | Atención en salud por |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año | Peso | Talla | | |
| Al mes | | | | | | | |
| 2 a 3 meses | | | | | | | |
| 4 a 5 meses | | | | | | | |
| 6 a 8 meses | | | | | | | |
| 9 a 11 meses | | | | | | | |
| 12 a 17 meses | | | | | | | |
| 18 a 23 meses | | | | | | | |
| 24 a 29 meses | | | | | | | |
| 3 años | | | | | | | |
| 4 años | | | | | | | |
| 5 años | | | | | | | |

**FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

| | D | M | A |
|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | |
| 2.ª entrega | | | |
| 3.ª entrega | | | |

**ATENCIÓN EN SALUD BUCAL**

| | D | M | A |
|---|---|---|---|
| A partir de 6m | | | |
| 1 año | | | |
| 2 años | | | |
| 3 años | | | |
| 4 años | | | |
| 5 años | | | |

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL



# Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos: Ian Mateus Ortiz Zapata.

Tipo de Documento: X — No. de Documento: 1162964638.

Fecha de Nacimiento: 16 / 06 / 2023

Sexo: Masculino.

Grupo sanguíneo: A+.

Peso al nacer: 3750 Gr. Talla: 54 cm

Dirección: Vda Km 11 Finca La Ceiba

Teléfono 1: 3106606137.

Teléfono 2: 3228249891

Responsable: Paola Zapata Diaz

Municipio de residencia: Puerto Boyacá

Departamento: Boyacá

Powered by CamScanner

próxima cita 27 Diciembre 2023 10a. traer Registro

Nombres y Apellidos: Ian Mateus Ortiz Zapata — Tipo de Indentificación RC. — No. ID: 1 162964638.

| | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si X No | | | | | | |
| | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 16 | 06 | 2023 | Serum | 03711MA893 | NIt.891.800.570-2 | 16 | 08 | 2023 | Helissa Ramirez |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 16 | 06 | 2023 | Serum | 03220Y089 | VACUNACIÓN | 16 | 08 | 2023 | Sergio Diaz. |
| 2 meses | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si No | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 1ª | 16 | 08 | 2023. | Bilthoven | 220700404 | | 17 | 10 | 2023 | Melissa Ramire |
| Pentavalente | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1ª | 16 | 08 | 2023 | Serum | 2851X040D. | E.S.E. HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ | 17 | 10 | 2023 | Melissa Ramir |
| Pentavalente | Hepatitis B | 1ª | 16 | 08 | 2023 | Serum | 2851X040D. | | | | | |
| Pentavalente | Difteria, Tétanos, Tosferina | 1ª | 16 | 08 | 2023 | Serum | 2851X040D. | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1ª | 16 | 08 | 2023 | G.S.K. | AR01D093AA | Nit.891.800.570-2 | 13 | 10 | 2023 | Melissa Rami |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 1ª | 16 | 08 | 2023 | Pfizer. | FR4893 | VACUNACIÓN | 13 | 10 | 2023 | Melissa Rami |
| 4 meses | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si X No | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 2ª | 21 | 10 | 2023 | Bilthoven | 2234001 | | 21 | 12 | 2023 | Lissette Grajales |
| Pentavalente | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2ª | 21 | 10 | 2023 | Serum | 2851Y037B | E.S.E. HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ | 21 | 12 | 2023 | Lissette Grajales |
| Pentavalente | Hepatitis B | 2ª | 21 | 10 | 2023 | Serum | 2851Y037B | | 21 | 12 | 2023 | Lissette Grajales |
| Pentavalente | Difteria, Tétanos, Tosferina | 2ª | 21 | 10 | 2023 | Serum. | 2851Y037B | Nit.891.800.570-2 | 21 | 12 | 2023 | Lissette Grajales |
| | Diarrea por rotavirus | 2ª | 21 | 10 | 2023 | GSK | AR01D085B | VACUNACIÓN | 21 | 12 | 2023 | Lissette Grajales |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒ | 2ª | 21 | 10 | 2023 | Pfizer | FR4893 | | 21 | 12 | 2023 | Lissette Grajales |
| 6 meses | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si No | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 3ª | | | | fabricante | 2235001A | | | | | |
| Pentavalente | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3ª | 09-01-2024 | | | Serum | 2851Y037B | Medicare IPS | | | | Andrt Herrera |
| Pentavalente | Hepatitis B | 3ª | | | | | | | | | | |
| Pentavalente | Difteria, Tétanos, Tosferina | 3ª | | | | | | | | | | |
| | Influenza estacional | 1ª | 23 | 07 | 24 | Botantan | 2400979 | Medicare IPS | | | | Andrt Herrera |
| 7 meses | Influenza estacional | 2ª | Mitad de Mayo | | | | | | | | | |
| | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1ª | | | | Serum | 01320N073B | | | | | |
| 12 meses | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒ | Refuerzo | 23-07-24 | | | fabricante | 6W7663 | Medicare IPS | | | | Andrt Herrera |
| | Varicela | 1ª | | | | merck | X019188 | | | | | |
| | Hepatitis A | Única | | | | merck | X002772 | | | | | |
| | *Influenza estacional | Anual | | | | | | | | | | |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP) | 1er Refuerzo | | | | fabricante | 23250006A | | | | | |
| | Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐ | 1er Refuerzo | 11-03-2025 | | | Serum | 28532010 | MEDICARE IPS NIT 810.004.747-1 Vacunación | | | | Andrt Herrera |
| | **Fiebre Amarilla | Única | | | | Sanofo | 23F0168 | | | | | |
| | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2ª | | | | Serum | 0153N005A | | | | | |
| 5 años | Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐ | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1ª | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | |
| | | 3ª | | | | | | | | | | |
| Sin riesgo de edad | Covid-19 | 1ª | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | |
| | | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

**Vacunar Oportunamente** con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

**Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomielitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, Difteria, Tosferina, Tétanos, Diarrea por rotavirus; Neumonia, Otitis, Meningitis bacteriemia causada por Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.**



**Busca ya las vacunas**

¡es gratis, hazlo de una!

**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

**VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA**

| SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO | | | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|
| TSH neonatal | Normal | Alterado | | | |
| Auditivo OEA/PEAA | Normal | Alterado | | | |
| Cardiopatía Congénita Compleja | Normal | Alterado | | | |
| Visual | Normal | Alterado | | | |
| ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA | | | D | M | A |

Resultado Tamizaje Neonatal

**SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | D | M | A | |
| 2.ª entrega | D | M | A | |
| 3.ª entrega | D | M | A | |
| 4.ª entrega | D | M | A | |
| 5.ª entrega | D | M | A | |

**VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 años | D | M | A | Si* | NO* | |
| 4 años | D | M | A | Si* | NO* | |
| 5 años | D | M | A | Si* | NO* | |

*Menor o igual a 20 normal

**ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)**

| Edad | Fecha | | | Valoración Nutricional | | Puntuación Z | Atención en salud por |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año | Peso | Talla | | |
| Al mes | | | | | | | |
| 2 a 3 meses | | | | | | | |
| 4 a 5 meses | | | | | | | |
| 6 a 8 meses | | | | | | | |
| 9 a 11 meses | | | | | | | |
| 12 a 17 meses | | | | | | | |
| 18 a 23 meses | | | | | | | |
| 24 a 29 meses | | | | | | | |
| 3 años | | | | | | | |
| 4 años | | | | | | | |
| 5 años | | | | | | | |

**FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | D | M | A |
| 2.ª entrega | D | M | A |
| 3.ª entrega | D | M | A |

**ATENCIÓN EN SALUD BUCAL**

| A partir de 6m | D | M | A |
|---|---|---|---|
| 1 año | D | M | A |
| 2 años | D | M | A |
| 3 años | D | M | A |
| 4 años | D | M | A |
| 5 años | D | M | A |

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL



# Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos: ANGEL ELIAS Y Flores Rojas.

250943103235 64

X | | | | | | | | | | 1058206143

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 24 09 2015

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: (O) NEGATIVO

Peso al nacer: 3260 grs Talla: 48 Cms

Dirección: VEREDA BOCA DE MONTE

Teléfono 1: 3208323164

Teléfono 2:

Responsable: KELLY Johana 1068736499 ROJAS MIRANDA

Municipio de residencia: CAPARRAPI

Departamento: CALDAS.

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

| | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 25 | 09 | 2025 | SERUM | 8 | SALUD DORADA VACUNACIÓN | | | | OLGA DIAZ |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 25 | 09 | 2025 | SERUM | 8 | | | | | |
| 2 meses | Poliomielitis (VIP) | 1ª | 24 | 11 | 2025 | Bilthouen | 2429006A | MEDICARE IPS NIT 810.004.747-1 Vacunación | | | | Andry Herrera M. AUX ENFERMERIA |
| | Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1ª | | | | Serum | 2854X013E | | | | | |
| | Pentavalente: Hepatitis B | 1ª | | | | Glaxo | A.ROLE193AA | | | | | |
| | Pentavalente: Difteria, Tetanos, Tosferina | 1ª | | | | Pfizer | LE5475 | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1ª | | | | | | | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 [ ] PCV 13 [X] | 1ª | | | | | | | | | | |
| 4 meses | Poliomielitis (VIP) | 2ª | 26 | 01 | 2026 | Bilthouen | 2429006A | MEDICARE IPS NIT 810.004.747-1 Vacunación | | | | Andry Herrera M. AUX ENFERMERIA |
| | Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2ª | | | | Serum | 2854X017D | | | | | |
| | Pentavalente: Hepatitis B | 2ª | | | | Glaxo | A.ROLE195AA | | | | | |
| | Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina | 2ª | | | | Pfizer | LE5475 | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2ª | | | | | | | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 [ ] PCV 13 [ ] | 2ª | | | | | | | | | | |
| 6 meses | Poliomielitis (VIP) | 3ª | 26 | 03 | 2026 | | | | | | | |
| | Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3ª | | | | | | | | | | |
| | Pentavalente: Hepatitis B | 3ª | | | | | | | | | | |
| | Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina | 3ª | | | | | | | | | | |
| | Influenza estacional | 1ª | | | | | | | | | | |
| 7 meses | Influenza estacional | 2ª | | | | | | | | | | |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1ª | | | | | | | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 [ ] PCV 13 [ ] | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Varicela | 1ª | | | | | | | | | | |
| | Hepatitis A | Única | | | | | | | | | | |
| | *Influenza estacional | Anual | | | | | | | | | | |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP) | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, Tosferina y Tétano DPT [ ] Pentavalente [ ] | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | **Fiebre Amarilla | Única | | | | | | | | | | |
| 5 años | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2ª | | | | | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) [ ] (VOPb) [ ] | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1ª | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | |
| | | 3ª | | | | | | | | | | |
| † Sin rango de edad | Covid-19 | 1ª | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | |
| | | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | | | | | | | | | | | | |

Lactancia materna exclusiva: Sí [ ] No [ ]

Lactancia materna exclusiva: Sí [ ] No [ ]

Lactancia materna exclusiva: Sí [ ] No [ ]

26-03-2026 (6 meses)

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

Powered by CamScanner

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**

**IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

| | |
|---|---|
| Al momento de nacer | Fecha: |

**PRIMER CONTROL MÉDICO**

| | |
|---|---|
| Durante el primer mes de vida | Fecha: |

**SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA**

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---|---|---|---|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

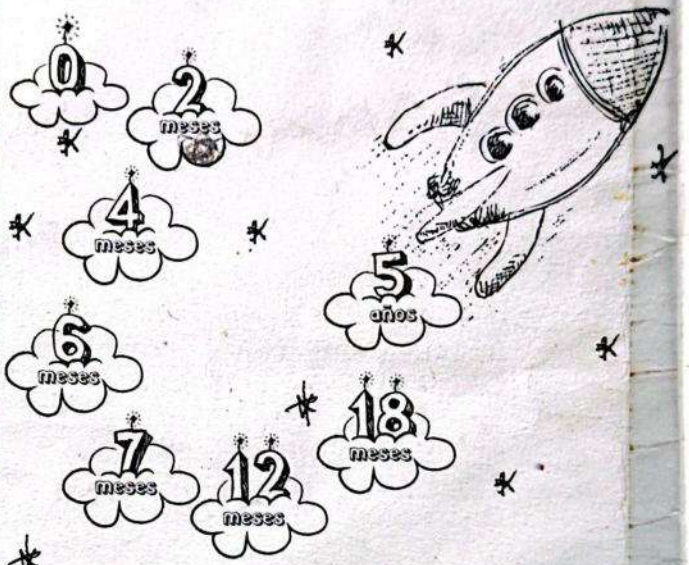
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

## Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años




- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**


**República de Colombia**
**Ministerio de Salud y Protección Social**
**Dirección de Promoción y Prevención**
**Subdirección de Enfermedades Transmisibles**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

**www.minsalud.gov.co**
**Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25**


AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Dorca Valeria Arias Rubio
Fecha de nacimiento: 23 - Enero - 17
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1213713920
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: B -
Peso al nacer:
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Heidy Viviana Rubio
Municipio de residencia: Facatativa
Departamento: Cundinamarca
cc 1072749868

**Recuerda:**
**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS


Powered by CamScanner

Nombre: Danna Valeria Arias

Registro Civil:

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día Mes Año | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva | SI ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 24-01-17 | Serum | 0316022B3 | HSRF | - - - | Monica Hernandez |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 24-01-17 | Serum | 0321J009D | HSRF | 23 03 17 | Monica Hernandez |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | SI ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 28-03-17 | Bilthaven | IPV013A | HSRF | | Monica Antorueta |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 28-03-17 | Serum | 13706C24A | HSRF | | Monica Antorueta |
| | Rotavirus | 1ª | 28-03-17 | Rotarix | A20153CCAA | HSRF | | Monica Antorueta |
| | Neumococo | 1ª | 28-03-17 | GSK | AHPNA743AA | HSRF | | Monica Antorueta |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | SI ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 05 06 17 | GSK | AHPNA540AA | HSGaudes | 28 05 17 | Dulen Palomo |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 05-06-17 | Serum | 13706027B | HSGaudes | 28 05 17 | Dulen Palomo |
| | Rotavirus | 2ª | 05-06-17 | GSK | A20153CCAA | HSGaudes | 28 05 17 | Dulen Palomo |
| | Neumococo | 2ª | 05-06-17 | GSK | AHPNA743BA | HSGaudes | 28 05 17 | Dulen Palomo |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 08 8-17 | GSK | AHPNA540AA | HSGaudes | 05 08 17 | Nalu palomo |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 08-8-17 | Serum | 13706027A | HSGaudes | 05 08 17 | Nalu palomo |
| | Influenza | 1ª | 08-8-17 | Sanofi | P3641W | HSGaudes | 05 08 17 | Nalu palomo |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | 12-9-17 | Sanofi | P3641W | HSGaudes | | Nalu palomo |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 02-02-18 | Serum | 0131700AB | HSGaudes | 23 01 18 | Nalu palomo |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 22-8-18 | Sanofi | N3P011 | HSGaudes | | Nalu palomo |
| | Neumococo | Refuerzo | 02-02-18 | GSK | AHPNA724CA | HSGaudes | 23 01 18 | Nalu palomo |
| | Influenza | Anual | 22-8-18 | Sanofi | U2183AB | HSGaudes | | Nalu palomo |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 02-02-18 | MSD | N019741 | HSGaudes | 23 01 18 | Nalu palomo |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª Refuerzo | 22-8-18 | Serum | 28x700A | HSGaudes | | Nalu palomo |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª Refuerzo | 22-8-18 | Serum | 18UP1038 | HSGaudes | | Nalu palomo |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | | | | | | |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela | Unica | 02-02-18 | MSD | N028110 | HSGaudes | | Nalu palomo |
| | Sempremacolen Infanfix | VCF | 04-11-21 | Sanofi | O1K1NA5 | HSGaudes | | Nalu palomo |
| | | VCF | 04-11-21 | GSK | AHPNA7 | HSGaudes | | Nalu palomo |

18 de Noviembre 2021

Cecilia

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**

**IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

Al momento de nacer — Fecha:

**PRIMER CONTROL MÉDICO**

Durante el primer mes de vida — Fecha:

**SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA**

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---|---|---|---|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

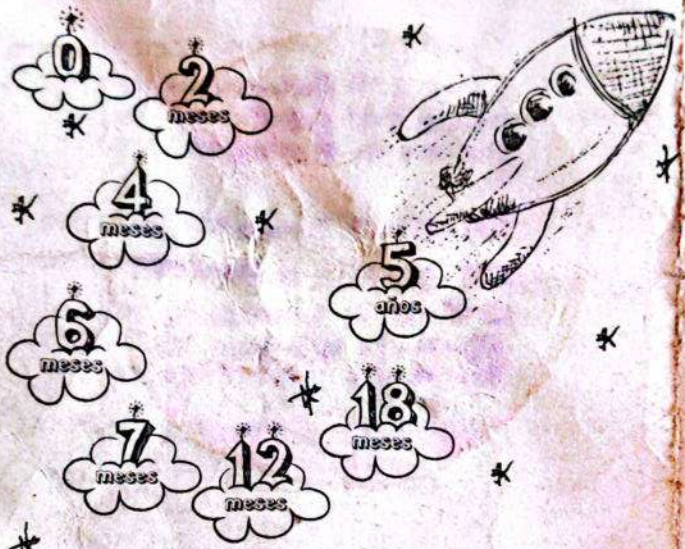
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

## Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años




- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**


**República de Colombia**
**Ministerio de Salud y Protección Social**
**Dirección de Promoción y Prevención**
**Subdirección de Enfermedades Transmisibles**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

**www.minsalud.gov.co**
**Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25**


AIEPI — Porque no más hay que protegerlo hoy

de cero a Siempre — Atención Integral a la Primera Infancia

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

**CARNÉ DE VACUNACIÓN**

Nombre: [illegible] JHOSE CIAVENES M
Fecha de nacimiento: [illegible]21
Nº de certificado de nacido vivo: 1655 83419
Registro civil: 1030402[illegible]9
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer:
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Sandra Helena Moreno
Municipio de residencia: Facatativa
Departamento: Cundinamarca

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS


Powered by CamScanner

Nombre: Yenyi Yhuel Cifuentes Registro Civil: 1070402 [illegible]

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día Mes Año | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | 2 | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 2-04-21 | Serum | 03796215 | HSRF | | |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 2-04-21 | Serum | 032040130 | HSRF | | |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 04-06-21 | Sanofi P | T8D891V | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 04-06-21 | Serum | 28SOR008D | | | |
| | Rotavirus | 1ª | 04-06-21 | GSK | AROLC [illegible] | | | |
| | Neumococo | 1ª | 04-06-21 | GSK | SPNAB308BA | Escaparrapi | | |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 06-08-21 | Sanofi | 2027007 | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 06-08-21 | Biological | AROLC774AA | | | |
| | Rotavirus | 2ª | 06-08-21 | GSK | 28SOY018D | | | |
| | Neumococo | 2ª | 06-08-21 | Biological | ASPN8303BA | Escaparrapi | | |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 08-10-21 | Sanofi | 2027007 | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 08-10-21 | Biological | 28SOY018D | | | |
| 7 Meses | Influenza | 1ª | 08-10-21 | Sanofi | V3C131V | Caparrapi | | |
| | Influenza | 2ª | 20-11-21 | Green | VSO221007 | ESCaparrapi | | Marceda Hernandez |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 18-04-22 | Serum | 0130N121A | Caparrapi | | |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 01-02-2023 | Sanofi | V3N211V | Caparrapi | | |
| | Neumococo | Refuerzo | 18-04-22 | GSK | ASPN9338KA | Caparrapi | | |
| | Influenza | Anual | 3-12-22 | Sanofi | VSO22006 | Caparrapi | | |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 18-04-22 | MSD | T000498 | Caparrapi | | |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1º Refuerzo | 3-12-22 | Serum | 2821X026A | Caparrapi | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1º Refuerzo | 3-12-22 | Serum | 213 9003 | Caparrapi | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| 5 Años | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | | 5 AÑOS | | | | |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela | 1 año | 18-04-22 | MSD | T027944 | Caparrapi | | |
| | Triple Viral | 18 Meses y 5 | 01-02-2023 | Serum | 0130N126A | Caparrapi | | |
| | Sarampión y Rubeola | | 14/07/2023 | Serum | 0122W128 | Caparrapi | | |

Paola Cue [illegible] CC. 10[illegible] Aux. Enf.

Yuri Marcela Hernández CC. 1070950190 Aux. Enfermería

Yuri Marcela Hernández CC. 1070950190 Aux. Enfermería

Yuri Marcela Hernández CC. 1070950190 Aux. Enfermería

**La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.**

Powered by CamScanner

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**
**IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

**Al momento de nacer** Fecha:

**PRIMER CONTROL MÉDICO**

**Durante el primer mes de vida** Fecha:

**SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA**

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---|---|---|---|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

Profesional que verificó:

**Exíjalo**

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferilla, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

## Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años




- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**


**República de Colombia**
**Ministerio de Salud y Protección Social**
**Dirección de Promoción y Prevención**
**Subdirección de Enfermedades Transmisibles**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

**www.minsalud.gov.co**
**Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25**


AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# *Vacunas al día, se la ponemos fácil*

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Lesly Sarai Castellanos Moren
Fecha de nacimiento: 18 Nov 14
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1071040160?
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3140
Dirección: Manga Bloque 5
Teléfono: 312 [illegible]
Responsable:
Municipio de residencia:
Departamento: Cundinamarca

**Recuerda:**
**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS


CamScanner
Powered by

**Nombre:** Ieily moreno (47)

**Registro Civil:** 1.070901607

| Edad | Me protege de |
|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva<br>Tuberculosis B.C.G.<br>Hepatitis B |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva<br>Polio (Oral - IM)<br>PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)<br>Rotavirus<br>Neumococo |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva<br>Polio (Oral - IM)<br>PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)<br>Rotavirus<br>Neumococo |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.<br>Polio (~~Oral~~ - IM)<br>PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)<br>Influenza |
| 7 Meses | Influenza |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP)<br>*Fiebre Amarilla*<br>*Neumococo*<br>*Influenza*<br>*Hepatitis A* |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)<br>Polio (Oral - IM) |
| 5 Años | Polio (Oral - IM)<br>Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)<br>Sarampión Rubéola Paperas (SRP) ✓ |
| Niñas 9 Años o más | VPH<br>VPH<br>VPH |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela TO18742<br>Sarampion<br>Triple Viral |

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

| Dosis | Fecha de aplicación Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día Mes Año | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| Única | 18-NOV-19 | Serum | 0379X36 | Hisp | | |
| Recién nacido | 18-NOV-19 | Serum | 03L890Z10A | Hisp | | |
| Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| 1ª | 01-02-20 | Sanofi Pasteur | P3628IV | CS caparrapí | | Marcela Hernandez |
| 1ª | 01-02-20 | Biological S | 22010341 98 | cs caparrapí | 18 01 20 | Marcela Hernandez |
| 1ª | 01-02-20 | GSK | AROLC263AA | CS caparrapí | | Marcela Hernandez |
| 1ª | 01-02-20 | GSK | ASPNB230AA | CS caparrapí | | Marcela Hernandez |
| Sí ☐ No ☐ | | | 01-abril-2020 | | | |
| 2ª | 18-4-20 | SANOFI | P3H121V | CS CAPARRAPI | | Angelica Romero |
| 2ª | 18-4-20 | Serum | 2859X025C | CS CAPARRAPI | | Angelica Romero |
| 2ª | 18-4-20 | Rotarix | AROLC263BO | CS CAPARRAPI | | Angelica Romero |
| 2ª | 18-4-20 | GSK Bidological S | ASPNB242AC | CS CAPARRAPI | | Angelica Romero |
| 3ª | 18-6-20 | SANOFI | P3H12 | CS CAPARRAPI | | Angelica Romero |
| 3ª | 18-6-20 | Serum | [illegible] | CS CAPARRAPI | | Angelica Romero |
| 1ª | 18-6-20 | Sanofi P | 13B50 | CS CAPARRAPI | | Angelica Romero |
| 2ª | 25-07-20 | GreenCross | 033581V | CS caparrapi | | Yuri Marcela Hernandez P. |
| 1ª | 21-11-20 | Serum | 0133N114 | CS caparrapi | | CC.1070950190 Aux. Enfermeria |
| 1ª Refuerzo Anual | 04-06-21 | Sanofi | P3GMN1B | CS caparrapi | | CC.1070950190 Aux Enfermeria |
| ÚNICA | 21-11-20 | GSK | ASPNB222BA | CS caparrapi | | Angelica Romero |
| 1ª Refuerzo | 04-06-21 | MSD | T0013748 | CS CAPARRAPI | | Yuri Marcela Hernandez |
| 1ª Refuerzo | 04-06-21 | Serum | 2820X08B | CS caparrapi | | CC.1070950190 Aux. Enfermeria |
| 2º Refuerzo | | | | | | |
| 2º Refuerzo | | | | | | |
| Refuerzo | 16 Abril 24 | Serum | 0133N014B | CS caparrapi | | Katherin Pena |
| 1ª | | | | | | |
| 2ª | | | | | | |
| 3ª | | | | | | |
| 1 | 21-11-20 | Merck y CO | T013742 | CS caparrapi | | Angelica Romero |
| 06-08-21 Actual | Adicional | 012AW033 | Serum | CS caparrapi | | Yuri Marcela Hernandez CC.1070950190 Aux. Enfermeria |

Próxima cita Mayo 6

Estas vacunas son gratis

Powered by CamScanner

**Nombre:** Johan David Moguno Pineda. **Registro Civil:** _____

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación (Día Mes Año) | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita (Día Mes Año) | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 30-01-18 | Serum | 037661B4 | HSF | | Martha |
| | Hepatitis B | Recién nacido | | Serum | 032170020 | HSF | 29 3 18 | |
| 2 Meses (29 mar 20) | Lactancia materna exclusiva | Sí ☒ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 060418 | Biological | 1732008A | Caalu Caparap | | Diana Ovalle |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 06-04-18 | Serum Indria | 13797011C | Caalu Caparap | | Diana Ovalle |
| | Rotavirus | 1ª | 06-04-18 | GSK | AHQBB2MA | Caalu Caparap | | Diana Ovalle |
| | Neumococo | 1ª | 060 4-18. | GSK | ASNAB05A | Caalu Caparap | | Diana Ovalle |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 07-06-18 | Serum India | 18OPF030E | Caalu Caparap | 06 06 18 | Diana Ovalle |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 09-06-18 | Serum India | 279X709A | Caalu Caparap | 06 06 18 | Diana Ovalle |
| | Rotavirus | 2ª | 09-06-18 | GSK | AHQBB2M6 | Caalu Caparap | | Diana Ovalle |
| | Neumococo | 2ª | 09-06-18 | GSK | ASNAB04A | Caalu Caparap | 06 06 18 | Diana Ovalle |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 1-08-18 | Serum | 18OPB03E | Caalu Caparap | 09 08 18 | Paula P |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 1-8-18 | Biological | 22017201HA | Caalu Caparap | 09 08 18 | Paula P |
| | Influenza | 1ª | 11-8-18 | Sanofi | B3B4U4 | Caalu Caparap | 09 08 18 | Paula P. |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | 20-9-18 | Sanofi | B3B4LV | CS Caparap | | Fanny P |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 29-01-19 | Serum | 013N032A | CS Caparrapi | | Marcela Hernandez |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 16-08-19 | Sanofi Pasteur | P3H591V | CS Caparrapi | | Marcela Hernandez |
| | Neumococo | Refuerzo | 29-01-19 | Glaxo SMITH | ASPNBL5AC | CS Caparrapi | | Marcela Hernandez |
| | Influenza | Anual | 16-08-19 | Sanofi Pasteur | T3A921V | CS Caparrapi | | Marcela Hernandez |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 29-01-19 | MERCK SHARP | R01056 8 | CS Caparrapi | | Marcela Hernandez |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª Refuerzo | 16-08-19 | Serum | 28281004A | CS Caparrapi | | Marcela Hernandez |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª Refuerzo | 16-08-19 | Glaxo SMITH | AHP4A624HA | CS Caparrapi | | Marcela Hernandez |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2º Refuerzo | 28 01-23 | Serum | 18020041 | CS | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | 28 01-23 | Serum | 289/1026A | CS | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 28-01-23 | Serum | 013/N034B | CS | | |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela Sarampion Varicela. | | 29-01-19 | MERCK SHARP | N035037 | CS Caparrapi | | Marcela Hernandez |
| | | Adicional | 15-07-21 | Serum | 0129C033 | Caparrapi | | Marcela Hernandez |
| | | 5 AÑOS | 28-01-23. | MSD | W023628 | CS Caparrapi | | |

CC 1070950190 Aux. Enfermeria

CC 1070950190 Aux. Enfermeria

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**

**IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

| Al momento de nacer | Fecha: |
|---|---|

**PRIMER CONTROL MÉDICO**

| Durante el primer mes de vida | Fecha: |
|---|---|

**SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA**

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---|---|---|---|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A; cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

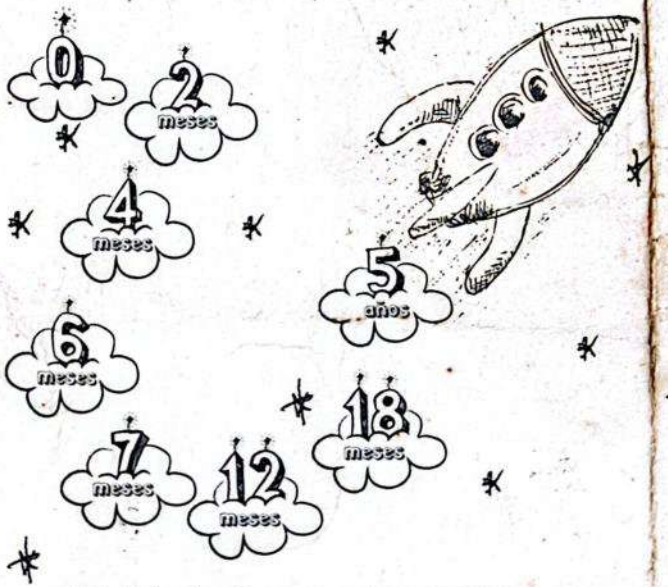
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

## Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años




- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**


República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25


AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

**CARNÉ DE VACUNACIÓN**

Nombre: Idran David [illegible] pineda
Fecha de nacimiento: 29-01-18
Nº de certificado de nacido vivo: 14352060-2
Registro civil: 1072752905
Sexo: masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3585 Talla 53 cm
Dirección: Vereda Boca de Monte.
Teléfono: 3155438747
Responsable: leidy [illegible]
Municipio de residencia: Sapuyes
Departamento: Cundinamarca
CC TI 1073324092.
Edad 38 semanas

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDA PARA TODO

Powered by CamScanner

# CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO NIÑOS

NOMBRE: Johan David Moyano Pineda

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1072752905

EPS: Ecopsos

CELULAR: 3234999665

DIRECCIÓN: Boca de monte de lajas

E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ
DE GUADUAS

| FECHA | EDAD | PESO | TALLA | PERÍMETRO CEFÁLICO | PERÍMETRO BRAQUIAL | OBSERVACIONES | PRÓXIMO CONTROL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10/10/20 | 2A 6M | 13.6kg | 90cm | 50.5cm | 16 cm | Adecuado para edad | | Juan Sebastián Morales Tilano C.C. 1.032.495.814 Médico SSO |
| 26/02/21 | 3A | 14.9 | 94cm | 51 cm | 16 cm | Adecuado C y D | 26-02-22 | AZEE Ramírez Carvajal C.C. 1.070.522.354 |
| 04-03-22 | 4A 1M | 17.kg | 104cm | 51cm | 17cm | Adecuado C y D | 15-08-22 5 meses | Cindy Lorena Rojas C. Higienista Oral |
| 04-03-22 | — | — | — | — | — | Paciente Sano. | 04-09-22 | C.C. 1.072.748.980 |
| 02/09/22 | 4a8m | 18kg | 108cm | 51cm | 17cm | Adecuado C y D | 6 meses | Cindy Lorena Rojas C. Universidad Libre |
| 02-09-22 | 4.A. | — | — | — | — | Paciente Sano | 02-03-2023 | Higienista Oral C.C. 1.072.748.980 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

control Odontologico

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.

## Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: OCANNA VALENTOI

Apellidos: ARIAS KUBO

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. TI X

Número de documento: 1 2 1 3 7 1 3 9 2 0

Fecha de nacimiento: Día 2 3 Mes 0 1 Año 2 0 1 7

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular Una dosis por embarazo | | | | |
| | | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas | 1 | 16/3/26 | yo14828 | Angelica Torres |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

| Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC | |
|---|---|
| Municipio | CAPARRAPI |
| Lugar | CORDOBA Y BOCA DE MONE LAJAS |
| Fecha | MARZO |
| Tema | INFORME DE ACTIVIDADES DE VIGILANCA EN SALUD PUBLICA |
| Entorno | HOGAR |
| Objetivo | Identificar y reportar de manera oportuna las situaciones de interés en salud pública, garantizando la articulación con la red de vigilancia comunitaria para el fortalecimiento de la detección temprana, el análisis de riesgo y el seguimiento de los eventos que puedan afectar la salud de la población, además apoyar a los integrantes de la red de vigilancia comunitaria en la elaboración de material pedagógico y educativo que pueda ser replicado en sus micro territorios, asegurando que los contenidos sean claros, pertinentes y orientados a la prevención y control de las situaciones de interés en salud pública. |
| RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): | DAMARIS REYES REYES |
| Número Documento de identidad del responsable de la actividad | 24651842 |
| Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091. | |

**Desarrollo de la Actividad**

1. **Descripción de la población asistente**

Durante las visitas de caracterización familiar realizadas en las veredas Córdoba y Boca de Monte Lajas, se identificó que la mayoría de las familias pertenecen al estrato socioeconómico 1, en un contexto rural.

En el territorio se evidenció población correspondiente a los diferentes cursos de vida: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor, lo

que permite reconocer una comunidad diversa y multigeneracional. Esto facilitó una identificación integral de situaciones de interés en salud pública presentes en la comunidad.

Durante las intervenciones de caracterización, se priorizó la atención a población en condición de vulnerabilidad, incluyendo personas mayores, gestantes, niñas, niños y personas con factores de riesgo para eventos en salud. Asimismo, se incorporó el enfoque diferencial, territorial y de determinantes sociales de la salud, teniendo en cuenta las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales propias del contexto rural, con el propósito de fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel comunitario.

No se evidenció población con enfoques diferenciales específicos, como población víctima del conflicto, grupos étnicos u otros; sin embargo, sí se identificó población con discapacidad en el territorio.

Por otra parte, durante la visita se identificó un caso de leishmaniasis que ya había finalizado su tratamiento, el cual se considera un evento de interés en salud pública.

Ante esta situación, se brindó orientación y educación a las familias y a la comunidad, fortaleciendo el conocimiento sobre la prevención, identificación oportuna y manejo adecuado de este tipo de eventos.

## 2.Metodología de la actividad realizada

### 2.1 Actividad lúdica de inicio

Durante las visitas domiciliarias a las familias de las veredas intervenidas, se implementó una metodología participativa y educativa orientada a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En estos espacios se brindó educación sobre leishmaniasis y fiebre amarilla, haciendo uso de materiales didácticos que facilitaron la comprensión de la información por parte de la comunidad.

La educación impartida abordó las principales enfermedades transmitidas por vectores, incluyendo aspectos relacionados con los mecanismos de transmisión, signos y síntomas iniciales, medidas de prevención y las rutas de atención disponibles dentro del sistema local de salud. Estas acciones permitieron fortalecer los conocimientos de la comunidad, promoviendo la identificación temprana de

signos de alerta y la notificación oportuna de posibles eventos de interés en salud pública.

De igual manera, la metodología incorporó los enfoques territoriales, diferencial y de determinantes sociales de la salud, reconociendo las particularidades del contexto rural. Esto facilitó el desarrollo de acciones pertinentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fortalecimiento de prácticas de autocuidado, mediante la socialización de información clara, comprensible y contextualizada.

## 2.2 Explicación del tema

Durante el desarrollo de la actividad se abordaron las principales características de la leishmaniasis y la fiebre amarilla, enfatizando en la prevención de riesgos y la promoción de la salud en la comunidad.

Se explicó que la leishmaniasis es una enfermedad transmitida por la picadura de insectos (flebotomianos o “palomillas”), que puede afectar la piel y, en algunos casos, órganos internos. Se destacaron los signos de alerta como lesiones en la piel que no cicatrizan, fiebre persistente y malestar general. Asimismo, se brindaron recomendaciones preventivas como el uso de repelente, mosquiteros, ropa que cubra la mayor parte del cuerpo y la limpieza de los alrededores de la vivienda.

En cuanto a la fiebre amarilla**,** se informó que es una enfermedad viral transmitida por mosquitos, que puede prevenirse mediante la vacunación. Se socializaron los síntomas más comunes como fiebre alta, dolor de cabeza, dolores musculares, náuseas y, en casos graves, coloración amarillenta de la piel (ictericia). Se hizo énfasis en la importancia de eliminar criaderos de mosquitos, mantener recipientes tapados y acudir a jornadas de vacunación.

Finalmente, se orientó a la comunidad sobre los momentos clave en los que se debe consultar a los servicios de salud, tales como la presencia de fiebre persistente, heridas en la piel que no sanan, sangrados, vómito constante, o cualquier signo de alarma. Se promovió la consulta oportuna como una medida fundamental para evitar complicaciones y garantizar una atención adecuada.

## 2.3 Descripción del material didáctico utilizado

El material didáctico empleado consiste en un dado con números y un conjunto de tarjetas numeradas de manera correspondiente. La dinámica se desarrolla cuando los participantes lanzan el dado y, según el número obtenido, buscan la tarjeta asignada. Posteriormente, la auxiliar de salud lee en voz alta el contenido de la tarjeta, el cual indica una acción o actividad que el participante debe realizar, relacionada con el tema trabajado.

Este material se caracteriza por ser comunicativo, ya que utiliza instrucciones claras, sencillas y de fácil comprensión, adaptadas al nivel de la población participante, lo que facilita la apropiación de los contenidos abordados. Además, presenta una estructura organizada**,** dado que existe coherencia entre el dado, la numeración de las tarjetas y las acciones propuestas, permitiendo una secuencia lógica en el desarrollo de la actividad.

Asimismo, es un recurso pragmático**,** ya que promueve la participación activa, el aprendizaje significativo y la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos. A través de la interacción lúdica, los participantes pueden reforzar lo aprendido, resolver dudas y aplicar de manera práctica las recomendaciones en salud, favoreciendo así el proceso de enseñanza-aprendizaje.

**2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.**

Durante el desarrollo de la actividad, los asistentes manifestaron diversas inquietudes relacionadas principalmente con la prevención, identificación de síntomas y acceso a los servicios de salud frente a enfermedades como la leishmaniasis y la fiebre amarilla.

Entre las principales preguntas, se evidenció interés por conocer cómo identificar de manera oportuna los signos y síntomas iniciales, especialmente en casos de lesiones en la piel que no cicatrizan, fiebre persistente y malestar general. Asimismo, surgieron dudas sobre las formas de transmisión de estas enfermedades y las medidas más efectivas para evitar el contagio en el entorno familiar y comunitario.

De igual manera, los participantes consultaron sobre la disponibilidad y aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla, los grupos de edad priorizados y la importancia de mantener el esquema de vacunación al día. También expresaron inquietudes sobre qué hacer en caso de presentar síntomas y en qué momento es necesario acudir al centro de salud.

Finalmente, se evidenció interés en conocer acciones prácticas que pueden implementar en sus hogares, como el uso de toldillos, repelentes, eliminación de

criaderos de mosquitos y el cuidado del entorno, con el fin de prevenir estas enfermedades y proteger la salud de sus familias.

## 2. Conclusiones y recomendaciones

Durante el desarrollo de la actividad se logró fortalecer los conocimientos de los participantes frente a la leishmaniasis y la fiebre amarilla, especialmente en aspectos relacionados con la prevención, identificación de signos y síntomas, y la importancia de acudir oportunamente a los servicios de salud. Asimismo, se evidenció una participación activa de la comunidad, lo que permitió generar espacios de diálogo, resolver inquietudes y promover prácticas de autocuidado en el entorno familiar.

Como principal logro, se destaca la apropiación de medidas preventivas como el uso de repelentes, toldillos, eliminación de criaderos de mosquitos y el reconocimiento de signos de alarma. Igualmente, se sensibilizó a la población sobre la importancia de la vacunación contra la fiebre amarilla como estrategia fundamental para la protección de la salud.

Dentro de las dificultades presentadas, se identificó que algunos participantes tenían conocimientos previos limitados o información errónea sobre las formas de transmisión y manejo de estas enfermedades. Además, en algunos casos se evidenciaron barreras de acceso a los servicios de salud y a elementos de protección como repelentes o toldillos.

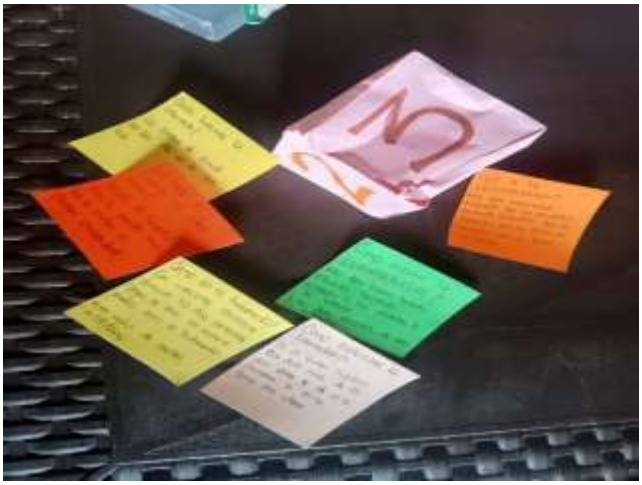
## 3. Registro fotográfico





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





| OBJETIVO DE LA REUNION: | FECHA: | ACTA No. |
|---|---|---|
| Remitir las canalizaciones que se generen desde el microterritorio asignado de manera diaria al corresponsal en casos de otro nivel de atención en salud y/o sociales. | 13/03/2026 | 1 |

| LUGAR: | HORA INICIO | HORA FINALIZACIÓN |
|---|---|---|
| CAPARRAPI | 5:00 P.M | 6:00 P.M |

## ORDEN DEL DÍA

1. Saludo de bienvenida.
2. Socialización de los procesos de gestión de citas y autorizaciones.
3. Revisión de las canalizaciones efectivas, en proceso y no efectivas.
4. Identificación de dificultades en el acceso a los servicios de salud.
5. Definición de estrategias de apoyo y articulación con la corresponsal.
6. Establecimiento de compromisos.
7. Conclusiones.
8. Compromisos

**DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

Se da inicio a la reunión con un cordial saludo por parte de la auxiliar de enfermería, quien expone la importancia del trabajo articulado con la corresponsal para garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud de los pacientes.

En el marco del programa de Atención Primaria en Salud (APS), la auxiliar de enfermería brinda orientación clara sobre los procedimientos para la solicitud de citas médicas, el seguimiento a las autorizaciones y los canales de comunicación con las entidades prestadoras de salud. De igual manera, se socializan las rutas de atención que deben seguir los usuarios para acceder a los diferentes servicios.

Durante el encuentro se realizó una revisión y análisis de las canalizaciones efectivas, las que se encuentran en proceso y aquellas que no han sido efectivas, con el propósito de identificar las posibles dificultades y buscar alternativas de solución que permitan avanzar en la atención de los pacientes.

En este espacio también se manifestó que varias de las canalizaciones se encuentran actualmente en proceso, debido a que en su mayoría los pacientes tienen como punto de atención el municipio de Puerto Salgar, lo que ha generado algunos retrasos en la asignación de citas con especialistas.

Por su parte, la corresponsal manifestó que los pacientes que tengan como punto de atención el municipio de Caparrapí podrá contar con su apoyo para realizar el proceso de asignación de citas médicas**.** Asimismo, se comprometió a estar pendiente de las fechas en las que los especialistas vengan al centro de salud, con el fin de transmitir oportunamente la información a la auxiliar de enfermería**,** quien a su vez se encargará de comunicarla a las comunidades y a los pacientes que requieren la atención.

Adicionalmente, se hizo entrega a la corresponsal de información actualizada relacionada con los datos de los pacientes, requerimientos específicos y estado de los procesos**,** con el objetivo de agilizar la gestión y garantizar la continuidad del cuidado en salud.

Este espacio permitió fortalecer la comunicación y la articulación entre el equipo APS y la corresponsal, facilitando la coordinación de acciones que contribuyan a mejorar la oportunidad y calidad en la atención de la población.







13 mar 2026 5:08:39 p.m.
5.345592359080911N 74.49125105515122W
359° N
#8-6 Carrera 3
Caparrapí
Cundinamarca
Altitud:1292.0msnm
Velocidad:0.0km/h


13 mar 2026 5:08:41 p.m.
5.345592359080911N 74.49125105515122W
358° N
#8-6 Carrera 3
Caparrapí
Cundinamarca
Altitud:1292.0msnm
Velocidad:0.0km/h


13 mar 2026 5:08:58 p.m.
110° E
#8-6 Carrera 3
Caparrapí
Cundinamarca
Altitud:1291.0msnm
Velocidad:0.0km/h


13 mar 2026 5:08:58 p.m.
110° E
#8-6 Carrera 3
Caparrapí
Cundinamarca
Altitud:1291.0msnm
Velocidad:0.0km/h

## CONCLUSIONES

La reunión permitió socializar y aclarar los procesos relacionados con la gestión de citas médicas y el seguimiento a las canalizaciones de los pacientes. Asimismo, se fortaleció el trabajo conjunto entre el equipo de APS y la corresponsal, estableciendo estrategias de apoyo para mejorar el acceso oportuno a los servicios de salud y garantizar una atención más eficiente para la comunidad.

## COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

| COMPROMISO | FECHA DE CUMPLIMIENTO | RESPONSABLE |
|---|---|---|
| Mantener comunicación constante con la corresponsal para informar novedades relevantes. | Marzo | Auxiliar de enfermería |
| Realizar seguimiento a las solicitudes de citas y autorizaciones pendientes. | Marzo | Auxiliar de enfermería |
| Apoyar en la gestión de asignación de citas para los pacientes que tengan punto de atención en el municipio de Caparrapí. | Marzo | corresponsal |
| Informar oportunamente a la auxiliar de enfermería sobre las fechas y disponibilidad de citas para que esta información sea transmitida a la comunidad. | Marzo | Corresponsal y auxiliar de enfermería |

**ASISTENTES:**

| NOMBRE Y APELLIDOS | CARGO | ENTIDAD | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Diana Maria Rayo | Aux Enfermera | ESE Hospital San Jose Guaduas | |
| Ma Magalli Linares B. | Aux. Enfermeira. | HSJ- Guaduas. | |
| Damaris Rojas Rojas | Aux de Enfermeria | H.S.J-G | |

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 2026 — 2. TEMÁTICA: Eventos de salud Publica. (12)

3. MUNICIPIO: Caparrapi — 4. LUGAR: Hogar

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Damaris Reyes Reyes

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 211-651-962 — Firma

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.Si 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Fabiola Chavez | 1 | 24.708.688 | 1 | 2 | 15-04 1958 | 2 | | | | 2 | Ama de casa | 1 | Barademonte de lajas | 3172538570 | 12 | Fabiola Chavez |
| 2 | Ayde Castro Guarin | 1 | 20.479.118 | 1 | 2 | 18-10 1974 | 2 | | | | 2 | Restaurante | 1 | Barademonte de lajas | 3133068901 | 12 | Ayde Castro |
| 3 | Cesar Alberto Olaya | 1 | 3.091.139. | 1 | 1 | 31-08 1962 | 2 | | | | 2 | Agricultor | 1 | Barademonte de lajas | 3125582145 | 12 | Cesar olaya |
| 4 | Elizabet Palacios Escobar | 1 | 30348649 | 1 | 2 | 12-09 1968 | 1 | | | | 2 | Restaurante | 1 | Barademonte de lajas | 3214062324 | 12 | Elizabet Palacios |
| 5 | Jorge Enrique Leon | 1 | 15888835 | 1 | 1 | 11-12 1967 | 1 | | | | 2 | Agricultor | 1 | Barademonte de lajas | 3214062384 | 12 | |
| 6 | Miguel Angel Florez | 1 | 1007506597 | 1 | 1 | 27-07 2000 | 2 | | | | 2 | Agricultor | 1 | Barademonte de lajas | — | 12 | |
| 7 | Angel Elias Florez Rojo | 3 | 1088206148 | 1 | 1 | 24-09 2025 | 2 | | | | 2 | Nada | 1 | Barademonte de lajas | — | 12 | Angel Florez |
| 8 | Jorge Eliecer Gomez | 1 | 80322510 | 1 | 1 | 05-11 1974 | 2 | | | | 2 | Agricultor | 1 | Barademonte de lajas | 3127B3384 | 12 | |
| 9 | Victor Julio Rubio. | 1 | 80321744 | 1 | 1 | 05-08 1968 | 2 | | | | 2 | Agricultor | 1 | Barademonte de lajas | 32B041776 | 12 | |
| 10 | Liliana Maria Gaitan | 1 | 20830.405 | 1 | 2 | 24-06 1981 | 2 | | | | 2 | Ama de casa | 1 | Barademonte de lajas | 3137104120 | 12 | Liliana G. |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 2026. 2. TEMÁTICA: Prevención E Identificación de Eventos de Salud Pública (12).

3. MUNICIPIO: Caparapi 4. LUGAR: Hogar

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Damaris Reyes Reyes

6. Tipo de identificacion: CC Número. 24.651.942. Firma

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.Si 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Yaltajandra Zapata Rudi | 1 | 1007570807 | 1 | 2 | 21-07 2002 | 1 | | | | 2 | Ama de casa | 1 | cordoba | 3228240871 | 12 | |
| 2 | Hernando Torrijos | 1 | 199.241 | 1 | 1 | 16-06 1938 | 2 | | | | 2 | Nada | 1 | cordoba | — | 12 | |
| 3 | Carlena Gonzalez. | 1 | 20.429.680 | 1 | 2 | 09-11 1948 | 2 | | | | 2 | Ama de casa | 1 | cordoba | — | 12 | |
| 4 | Sandra Milena Mosq | 1 | 1073327450 | 1 | 2 | 31-03 1997 | 2 | | | | 2 | Ama de casa | 1 | cordoba | 3135937301 | 12 | |
| 5 | Maria Molina Cardozo | 1 | 21.929.371 | 1 | 2 | 6-11 1952 | 2 | | | | 2 | Ama de casa | 1 | Bocademinte de lajas | 3229340390 | 12 | |
| 6 | Aroilan Ramos Sanchez | 1 | 200.440 | 1 | 1 | 07-03 1960 | 2 | | | | 2 | Agricultor | 1 | Bocademinte de lajas | 3117677767 | 12 | |
| 7 | Isabel Reyes Sanchez | 1 | 1077471936 | 1 | 2 | 30-06 1993 | 2 | | | | 2 | Ama de casa | 1 | Bocademinte de lajas | 3105308963 | 12 | |
| 8 | Maria del Pilar Suarez | 1 | 51825328 | 1 | 2 | 25-05 1965 | 1 | | | | 2 | Pensionado | 1 | Bocademinte de lajas | 3118652715 | 12 | |
| 9 | Rodrigo Avila Padilla | 1 | 79366372 | 1 | 1 | 05-11 1965 | 1 | | | | 2 | pensionado | 1 | Bocademinte de lajas | 3118652715 | 12 | |
| 10 | Gloria Patricia Gutiez | 1 | 51.765.694 | 1 | 2 | 27-11 1964 | 2 | | | | 2 | Ama de casa | 1 | Bocademinte de lajas. | 3143606057 | 12 | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 2026 — 2. TEMÁTICA: Salud publica Prevencion e identificación (12).

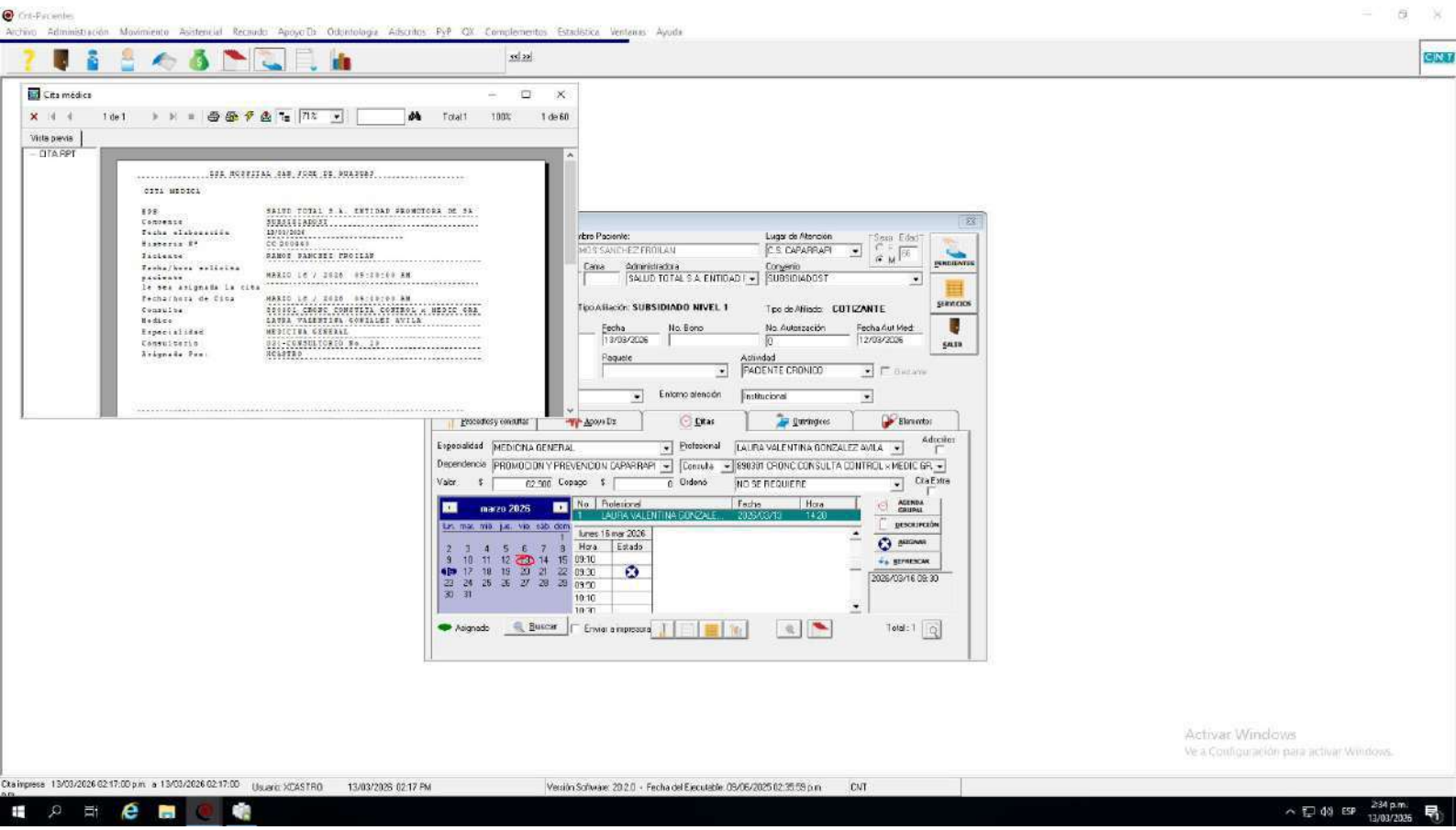
3. MUNICIPIO: Caparrapi — 4. LUGAR: Hogar

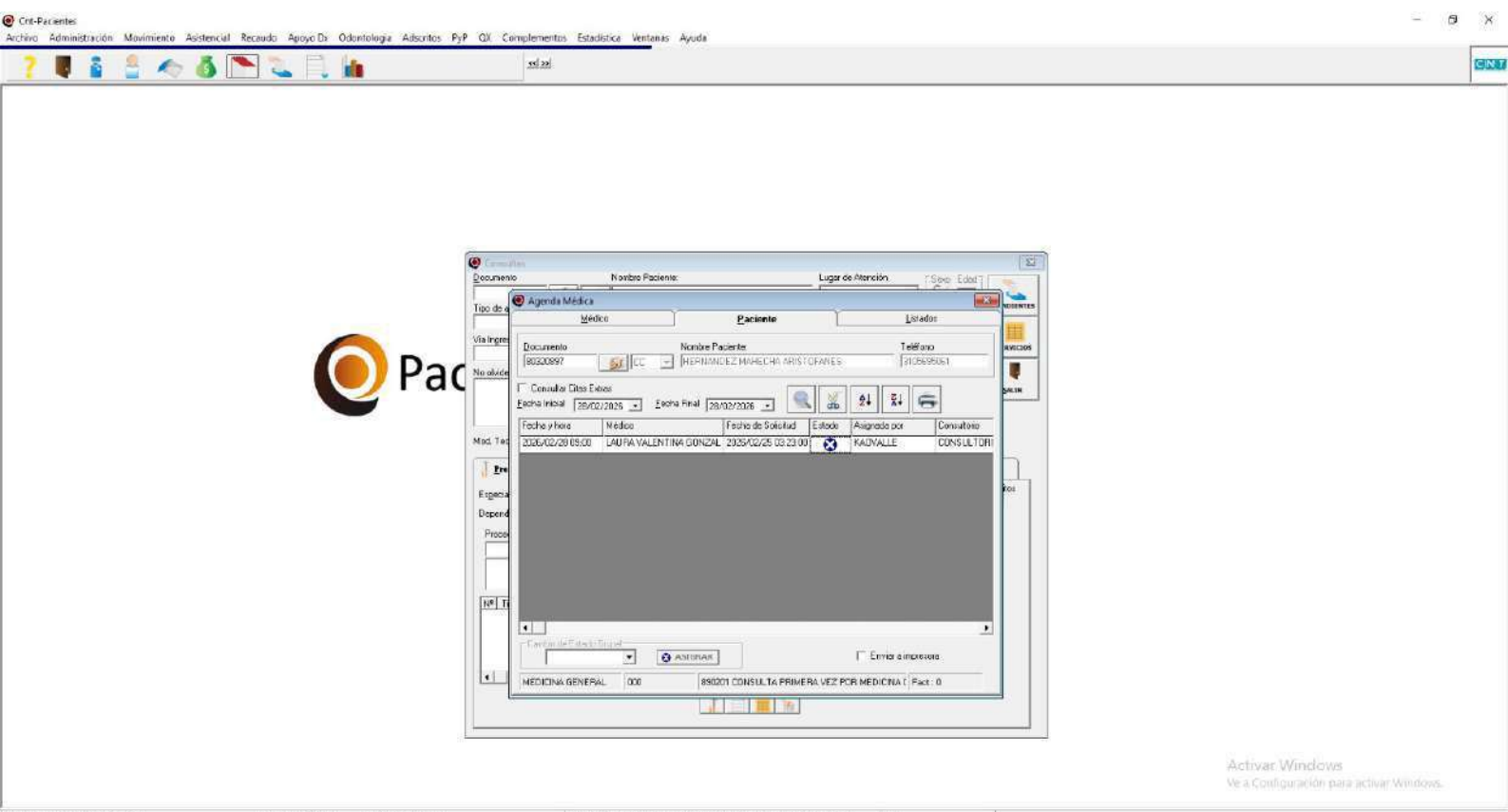
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Damaris Rojas Rojas

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 24.651.942 — Firma

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA 1.Si 2. No | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Valenzuela Alexandra Martinez | 1 | 20.829.654 | 1 | 2 | 10-04 1979 | 2 | | | | 2 | Ama de casa | 1 | Barrio de lajas | 3046035697 | 12 | |
| 2 | Elgar quiroz ortiz | 1 | 10165088 | 1 | 1 | 19-06 1956 | 2 | | | | 2 | Barbero | 1 | Barrio de lajas | 3122067306 | 12 | |
| 3 | Dora cely Valencia | 1 | 24336873 | 1 | 2 | 01-08 1927 | 2 | | | | 2 | Ama de casa | 1 | Barrio de lajas | 3122067306 | 12 | |
| 4 | Luz Estela Pinilla osorio | 1 | 30534842 | 1 | 2 | 27-08 1979 | 2 | | | | 2 | comerciante | 1 | Barrio de lajas | 3125216577 | 12 | |
| 5 | Juan david- Moreno | 2 | 1077252105 | 1 | 1 | 29-07 2016 | 1 | | | | 2 | Estudiante | 1 | Barrio de lajas | 3125216514 | 12 | |
| 6 | Heidy Elizabet Moreno | 1 | 1007387750 | 1 | 2 | 28-07 2000 | 2 | | | | 2 | Mecanica | 1 | Barrio de lajas | 3105896859 | 12 | |
| 7 | Michelle cardenas | 1 | 1104674215 | 1 | 2 | 02-02 2005 | 2 | | | | 2 | Mesera | 1 | Barrio de lajas | 3202926484 | 12 | |
| 8 | Jose benildo. chimbay | 1 | 1054539329 | 1 | 1 | 12-03 1983 | 2 | | | | 2 | Agricultor | 1 | Barrio de lajas | 3185483332 | 12 | |
| 9 | Israel diaz | 1 | 10162951 | 1 | 1 | 05-01 1951 | 1 | | | | 2 | Agricultor | 1 | Barrio de lajas | — | 12 | |
| 10 | Pedro julio Garcia | 1 | 10159745 | 1 | 1 | 05-05 1957 | 2 | | | | 2 | Pensionado | 1 | Barrio de lajas. | — | 12 | |

Powered by CamScanner


Cnt-Pacientes
Archivo Administración Movimiento Asistencial Recaudo Apoyo Dx Odontología Adscritos PyP IQX Complementos Estadística Ventanas Ayuda
CNT
Cita médica
Vista previa
CITA.RPT
CITA MEDICA
EPS SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SA
Paciente RAMOS PANCHEZ FROILAN
Medico LAURA VALENTINA GONZALEZ AVILA
Especialidad MEDICINA GENERAL
Consultorio
Asignado Por: ACASTRO
Lugar de Atención
C.S. CAPARRAPI
Administradora
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD I
Convenio
SUBSIDIADOST
Tipo Afiliación: SUBSIDIADO NIVEL 1
Tipo de Afiliado: COTIZANTE
Fecha
13/03/2026
No. Bono
No. Autorización
0
Fecha Aut Med:
12/03/2026
Paquete
Actividad
PADIENTE CRONICO
Entorno atención
Institucional
Citas
Diagnósticos
Elementos
Especialidad MEDICINA GENERAL
Profesional LAURA VALENTINA GONZALEZ AVILA
Dependencia PROMOCION Y PREVENCION CAPARRAPI
Consulta
890301 CRONC CONSULTA CONTROL x MEDIC GR
Valor $ 62.500 Copago $ 0 Ordenó NO SE REQUIERE
marzo 2026
No. Profesional Fecha Hora
1 LAURA VALENTINA GONZALE... 2026/03/13 14:20
lunes 16 mar 2026
Hora Estado
09:10
09:30
09:50
10:10
10:30
2026/03/16 09:30
Asignado
Buscar
Enviar a impresora
Total : 1
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
Cita impresa 13/03/2026 02:17:00 p.m. a 13/03/2026 02:17:00 p.m.
Usuario: XCASTRO
13/03/2026 02:17 PM
Versión Software: 20.2.0 - Fecha del Ejecutable: 09/06/2025 02:35:59 p.m.
CNT
ESP
2:34 p.m.
13/03/2026


Cnt-Pacientes
Archivo Administración Movimiento Asistencial Recaudo Apoyo Dx Odontología Adscritos PyP QX Complementos Estadística Ventanas Ayuda
Agenda Médica
Médico
Paciente
Listados
Documento
Nombre Paciente
Teléfono
Consultar Citas Extras
Fecha Inicial
Fecha Final
Fecha y hora
Médico
Fecha de Solicitud
Estado
Asignado por
Consultorio
ASIGNAR
Enviar a impresora
MEDICINA GENERAL
890201 CONSULTA PRIMERA VEZ POR MEDICINA
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
Seleccione la fecha final de búsqueda
Usuario: XCASTRO
25/02/2026 03:26 PM
Versión Software: 20.2.0 - Fecha del Ejecutable: 09/06/2025 02:35:59 p.m.
CNT
ESP
3:45 p.m.
25/02/2026

| OBJETIVO DE LA REUNION: | FECHA: | ACTA No. |
|---|---|---|
| Remitir las canalizaciones que se generen desde el microterritorio asignado de manera diaria al corresponsal en casos de otro nivel de atención en salud y/o sociales. | 19/03/2026 | 1 |

| LUGAR: | HORA INICIO | HORA FINALIZACIÓN |
|---|---|---|
| CAPARRAPI | 9:00 A.M | 10:00 A.M |

## ORDEN DEL DÍA

1. Saludo.
2. Socialización del objetivo de la reunión.
3. Articulación con la auxiliar de enfermería de intervención.
4. Estrategias para asignación de citas y fechas de atención con los especialistas.
5. Articulación con la administrativa encargada del sistema SIVIGILA.
6. Consulta sobre eventos de interés en salud pública y población gestante en las veredas Córdoba y Boca de Monte Lajas.
7. Conclusiones.
8. Compromisos.

**DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

El día 19 de febrero nos reunimos en las instalaciones de la Alcaldía Municipal, en la oficina del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), con el propósito de realizar el proceso de articulación con la auxiliar de enfermería María del Pilar Rodríguez, quien tiene a su cargo el proceso de articulación de usuarios entre el hospital y la Alcaldía Municipal. En este espacio se abordaron temas relacionados con la gestión, solicitud y asignación de citas médicas para las personas que requieren atención y consultas con especialistas. La auxiliar María del Pilar Rodríguez explicó detalladamente el procedimiento que se realiza para la solicitud y asignación de citas médicas, indicando que actualmente se están implementando acciones para mejorar la organización de las agendas, con el fin de facilitar el acceso oportuno de los pacientes a los diferentes servicios de salud. Asimismo, manifestó que cuando vengan los especialistas, se compartirán de manera oportuna los flyers o avisos informativos con las fechas y horarios de atención.

Esto con el objetivo de difundir la información en la comunidad y garantizar que las personas que requieran estos servicios puedan acceder a ellos de manera adecuada. Posteriormente, se realizó la segunda articulación con Geraldine Mahecha, administrativa encargada del sistema SIVIGILA, el cual se encarga de la vigilancia y seguimiento de los eventos de interés en salud pública. Durante su intervención, se realizó la consulta sobre si en las veredas Córdoba y Boca de monte Lajas se había reportado algún caso relacionado con eventos de interés en salud pública, así como la posible presencia de mujeres gestantes que requieran seguimiento o acompañamiento institucional. Frente a esta consulta, la funcionaria manifestó que, hasta el momento, no se ha registrado ningún reporte oficial de eventos de interés en salud pública ni casos de embarazo en dichas veredas, de acuerdo con la información que se encuentra registrada en el sistema de vigilancia epidemiológica. Este espacio de diálogo permitió fortalecer la comunicación interinstitucional, aclarar inquietudes y reafirmar el compromiso de continuar trabajando de manera articulada y coordinada, con el propósito de garantizar el bienestar, la atención oportuna y el acceso a los servicios de salud de la comunidad.





## CONCLUSIONES

Durante el encuentro se logró fortalecer la articulación interinstitucional entre las entidades participantes, permitiendo aclarar los procedimientos relacionados con la gestión y asignación de citas médicas, lo cual favorece el acceso oportuno de la comunidad a los servicios de salud. Asimismo, se confirmó que no existen reportes de eventos de interés en salud pública ni casos de gestantes en las veredas priorizadas, según la información registrada en el sistema SIVIGILA. El espacio facilitó el intercambio de información clave y reafirmó la importancia del trabajo coordinado para garantizar una atención integral y oportuna a la población.

## COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

| COMPROMISO | FECHA DE CUMPLIMIENTO | RESPONSABLE |
|---|---|---|
| Se acordó que se compartirán con anticipación los flayers o avisos informativos sobre las fechas de atención de especialistas. | Marzo | Auxiliar de enfermería |
| Se continuará realizando seguimiento y articulación permanente para garantizar una atención oportuna a la comunidad. | Marzo | Auxiliar de enfermería |
| Promover el acceso de la comunidad a los servicios de salud mediante la orientación adecuada sobre los procesos de solicitud de citas. | Marzo | Auxiliar de enfermería |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Gobernación de Cundinamarca | CULTURA ORGANIZACIONAL Y MEJORA CONTINUA | Código: E – COMC – FR - 004 |
|---|---|---|
| | | Versión 06 |
| | ACTA DE REUNIÓN | Fecha de Aprobación: 05/09/25 |

**ASISTENTES:**

| NOMBRE Y APELLIDOS | CARGO | ENTIDAD | FIRMA |
|---|---|---|---|
| GERALDINE MAHECHA | SIUGILA | ALCALDIA | GERALDINE M. |
| Maria de Pilar Rodriguez | Auxiliar de enfermeria | Alcaldia | |
| Damaris Reyes Reyes | Aux de Enfermeria | H.J.J.G A.P.S | |

Gobernación de Cundinamarca

## SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
## MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

(91)

### FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 20-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | La Arcadia. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Luis Arsecio Rocha caballero | EDAD: 60 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 10.171.023 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparrapí | 29-03-1965. | | DIRECCIÓN: | Cordoba |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3201019888 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X | CONTRIBUTIVO | ESPECIAL | EPS/EAPB | Nueva EPS. |
| | VINCULADO | SIN AFILIACIÓN | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica. | 4. |
| 2. Odontologia. | 5. |
| 3. Examen de Prostata. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Hace mas de un año que no asisto al medico

### AUTORIZACIÓN

Yo Luis Arsecio Rocha Identificado ( a) con CC número 10.171.023 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojas |
| CARGO | Aux de Enfermeria |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Luis Arsecio Rocha |
| OCUPACIÓN | Agricultor |
| FIRMA | María Sofía Hernández |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(42)

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 24-02-2026. | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | I.P.S Dorada. Caldas. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Luis Antonio Marin Rocha | EDAD: 87 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 4.436.231 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparrapi | 20-07-1938 | | DIRECCIÓN: | Cordoba |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3136373411 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] | ESPECIAL [ ] | | EPS/EAPB | Fondo Pasivo. |
| | VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | Canalización Equipo Básico | | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [X] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Hace dias que no asisto a un control medico.

### AUTORIZACIÓN

Yo Luis Antonio Marin Rocha. Identificado ( a) con CC número 4.436.231. por medio de mi firma SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Reyes |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S. |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Luis Marin Rocha |
| OCUPACIÓN | Nada |
| FIRMA | |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Yer FUO | 25-02-2026 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(46)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 25-02-2026. | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | Centro de salud. |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Carlina Gonzales de tompos | EDAD: 77. | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 20.429.680 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparrapí | 08-11-1948 | | DIRECCIÓN: | Cordoba |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | Nueva E.P.S. |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | Canalización Equipo Básico | | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica de PYP. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Hace rato no asiste a los controles de PYP.

**AUTORIZACIÓN**

Yo Carlina Gonzales de tompos Identificado ( a) con CC número 20.429.680 por medio de mi firma SI[X] NO[ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Rojas. |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Carlina Gonzales |
| OCUPACIÓN | Ama de casa. |
| FIRMA | Carlina gonsalez |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(46)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 25-02-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | Centro de salud. |
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | Hernando Torijos Jimenez | | **EDAD:** 88 | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 199.241 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Caparapí | | 16-06-1938 | **DIRECCIÓN:** | Cordoba |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | **EPS/EAPB** | Nueva E.P.S |
| **Grupos de riesgo según RIAS** | | | **Canalización Equipo Básico** | | SI NO |
| **Canalización equipos complementarios** | SI NO | **Canalización servicios institucionales** | SI NO | **Canalización a servicios sociales** | SI NO |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Consulta medica. ob control

**AUTORIZACIÓN**

Yo Hernando torrijos Identificado ( a) con CC número 199.241. por medio de mi firma
SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Reyes Reyes. |
| **CARGO** | Aux de Enfermeria A.P.S |
| **FIRMA** | |

| **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|
| **FIRMA** | Hernando torrijos |
| **OCUPACIÓN** | Nada |
| **FIRMA** | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

01

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 23-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | Centro de Salud. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Maria Hilda Reyes Alvarez | EDAD: 68 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 20.477.803. |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapí | 18-04-1957 | | DIRECCIÓN: | Barrio de Lago |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 312691967 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Salud total |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica control PyP. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Hace rato no asiste al control de PyP

### AUTORIZACIÓN

Yo Maria Hilda Reyes Alvarez Identificado ( a) con CC número 20.477.803 por medio de mi firma SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Reyes |
| CARGO | AUX DE Enfermeria A.P.I |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Maria Hilda Reyes |
| OCUPACIÓN | Ama de casa |
| FIRMA | Hilda Reyes |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Yo Fue | 27-02-2026 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

02.

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 23-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Adelica Rojas Sanchez | | EDAD: 62 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 30.347.757. |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Capaimapi | | 04-08-1963. | DIRECCIÓN: | Bocademonte de Lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [ ] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [X] | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios Institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | [X] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Servicio social NO tiene Seguro. | 4. |
| 2. Sisben | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No tiene Seguro.

**AUTORIZACIÓN**

Yo Adelica Rojas Sanchez Identificado ( a) con C.C número 30.347.757. por medio de mi firma
SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojo |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Adelica Rojas Sancho |
| OCUPACIÓN | Ama de casa |
| FIRMA | Adilia Reyes. S. |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(3)

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 25-02-2026. | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | I.P.S Parada adal. |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Maria Consuelo Molina | EDAD: 73 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 21.929.371 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Capparapi | 06-11-1952 | | DIRECCIÓN: | Barrio monte de Lago |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3229341390. |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Nueva E.P.S |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios institucionales | [X] NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Hace tiempos no asisto al medico

### AUTORIZACIÓN

Yo Maria Consuelo Molina. Identificado ( a) con CC número 21.929.371. por medio de mi firma SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojas |
| CARGO | AUX de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Consuelo Molina |
| OCUPACIÓN | Ama de casa. |
| FIRMA | Consuelo Molina |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Yct TUG | 12-03-2026 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(04)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 26-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | H.S.J.G. |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Isabel Reyes Sanchez | | EDAD: 33 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1077971936 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Capamapi | | 30-06-1993 | DIRECCIÓN: | Barademonte de Lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3105308763 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | famisanar. |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios Institucionales | SI [X] NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta de planificacion familar | 4. |
| 2. Citologia | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No a asistido a consulta de planificacion

**AUTORIZACIÓN**

Yo Isabel Reyes Sanchez Identificado ( a) con CC número 1077971936 por medio de mi firma
SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Reyes |
| CARGO | AUX DE Enfermeria A.P.S. |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Isabel Reyes Sanchez. |
| OCUPACIÓN | Ama de casa |
| FIRMA | Isabel Reyes S. |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

05

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 04-03-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | Centro de Salud. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Froilan Ramos Sancha | | EDAD: 66. | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 200.440 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparrapí | | 07-03-1960 | DIRECCIÓN: | Barrio de lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3117617161 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | Salud total |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios institucionales | [X] NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica de P4P. | 4. |
| 2. Consulta para examen de prostata | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Control de P4P. y Examen de prostata.

### AUTORIZACIÓN

Yo Froilan Ramos Sanchez Identificado ( a) con CC número _____ por medio de mi firma SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Reyes |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Froilan Ramos Sanchez |
| OCUPACIÓN | Agricultor |
| FIRMA | Froilan Ramos |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| | 16-03-2026 | Caparrapí | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

09

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 26-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | I.P.S Dorada caldas |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Viviana Esperanza Sanchez | EDAD: 37 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1022354855 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapi | 07-01-1989 | | DIRECCIÓN: | Barademonte de lagos. |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3148734296. |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] | | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | Nueva E.P.S |
| | VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios institucionales | OK NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medico General | 4. |
| 2. Citologia | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No se a realizado la citologia

**AUTORIZACIÓN**

Yo Viviana Esperanza Sancha. Identificado ( a) con CC número 1022354855 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | | USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Damaris Polos Rojas | FIRMA | Viviana Sanchez |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S | OCUPACIÓN | Restaurante cosnora |
| FIRMA | | FIRMA | Viviana Sanchez |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD** 09

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 28-02-2016 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | I.P.S Sonia Adiba |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Jose manuel chimby sancha | EDAD: 9 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1073327941 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapi | 06-06-2016 | | DIRECCIÓN: | Cra 4 Nº 4-56 |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3108736096 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [x] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Nueva EPS |
| Grupos de riesgo según RIAS | | Canalización Equipo Básico | | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Vacunacion de V.P.H. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No tiene la vacunas de VPH

**AUTORIZACIÓN**

Yo Jose manuel chimby sancha Identificado ( a) con TI número 1073327941 por medio de mi firma
SI [x] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | | USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Rojas | FIRMA | Jose manuel chimby |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S. | OCUPACIÓN | Estudiante |
| FIRMA | | FIRMA | Emanuel S. |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

10

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 26-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | I.P.S Bonda Caldas |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Maria Jose Chimby Sanchez | | EDAD: 16 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1073323552 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapí | | 31-05-2009 | DIRECCIÓN: | Barademonte de lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3148732296 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X / VINCULADO | CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN | ESPECIAL | EPS/EAPB | Nueva E.P.S |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI / NO |
| Canalización equipos complementarios | SI / NO | Canalización servicios institucionales | SI / NO | Canalización a servicios sociales | SI / NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica General | 4. |
| 2. Citologia. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No se a realizado la Citologia

**AUTORIZACIÓN**

Yo Maria Jose Chimby Sanchez. Identificado ( a) con TI número 1073323552 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | | USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojas | FIRMA | Maria Jose Chimby |
| CARGO | Aux De Enfermeria A.P.S | OCUPACIÓN | Mesera |
| FIRMA | | FIRMA | Maria. |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(11)

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 02-03-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | Centro de salud |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO : | Fabiola Chavez | EDAD: | 72 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 21.708868 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapi | | 15-04-1953 | DIRECCIÓN: | Barderrote de lapa |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3172535810 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X / VINCULADO | CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN | ESPECIAL | EPS/EAPB | Salud total |
| Grupos de riesgo según RIAS | Bajo | | Canalización Equipo Básico | | SI / NO |
| Canalización equipos complementarios | SI / NO | Canalización servicios Institucionales | SI / NO | Canalización a servicios sociales | SI / NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Operada de corazon abierto

### AUTORIZACIÓN

Yo Fabiola Chavez Identificado ( a) con CC número 21708868 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Rojo |
| CARGO | AUX DE ENFERMERIA A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Fabiola Chavez |
| OCUPACIÓN | Ama de casa |
| FIRMA | Fabiola Chavez |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(11)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 03-03-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | Puerto Salgar |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :** | Cesar Alberto olaya | **EDAD:** 63 | | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 3081138 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Caparrapí | 31-08-1962 | | **DIRECCIÓN:** | Barademonte de lajas |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | 3125588245 |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | **EPS/EAPB** | Nueva E.P.S |
| **Grupos de riesgo según RIAS** | | | **Canalización Equipo Básico** | | SI NO |
| **Canalización equipos complementarios** | SI NO | **Canalización servicios institucionales** | SI NO | **Canalización a servicios sociales** | SI NO |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Examen de prostata | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Hace rato no asisto a consulta Medica

**AUTORIZACIÓN**

Yo Cesar Alberto olaya Identificado ( a) con CC número 3081138 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Reyes Reyes |
| **CARGO** | Aux de Enfermeria A.P.S |
| **FIRMA** | |

| **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|
| **FIRMA** | Cesar Alberto Olaya |
| **OCUPACIÓN** | Agricultor |
| **FIRMA** | Cesar olaya |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(17)

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 04-03-2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | Centro de salud. |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Jorge Eliecer Gomez Roa | EDAD: 51 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80.322.510. |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapi | 05-11-1974 | | DIRECCIÓN: | Brabrante de Iglesias |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3127133251. |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Salud total. |
| Grupos de riesgo según RIAS | | Canalización Equipo Básico | | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Examen de prostata. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

No se a realizado el Examen de Prostata

### AUTORIZACIÓN

Yo Jorge Eliecer Gomez Roa Identificado ( a) con CC número 80.322.510. por medio de mi firma
SI [X] NO [ ] autorizo que mi Información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Reyes. |
| CARGO | AUX DE Enfermeria A.P.S. |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Jorge Eliecer Gomez Roa |
| OCUPACIÓN | Agricultor. |
| FIRMA | |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(18)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 04-03-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | Centro de salud. |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :** | Victor Julio Rubio | | **EDAD:** 57. | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 80.327.744 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Caparapi | | 05-08-1968. | **DIRECCIÓN:** | Barrio monte de laja |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | 3213041163 |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | **EPS/EAPB** | Salud total |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios Institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Examen prostata | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Tiene un control lo operaron del riñon.

**AUTORIZACIÓN**

Yo Victor Julio Rubio Identificado ( a) con CC número _____ por medio de mi firma
SI __ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Reyes Reyes |
| **CARGO** | AUX DE ENFERMERIA A.P.S |
| **FIRMA** | |

| **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|
| **FIRMA** | Victor Julio Rubio |
| **OCUPACIÓN** | Agricultor. |
| **FIRMA** | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(19)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 04-03-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | Centro de salud |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Dana Valeria Arias Rubio | | EDAD: 9 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1213773920 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapí | | 23-01-2017 | DIRECCIÓN: | Barrio mark de lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3143168876 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | ESPECIAL | EPS/EAPB | |
| | VINCULADO | SIN AFILIACIÓN | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios Institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. psicologica | 4. |
| 2. Vacunación VPH. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Psicologia

**AUTORIZACIÓN**

Yo Heidy Rubio Identificado ( a) con CC número 1072749866 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi Información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojas |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Dana Valeria |
| OCUPACIÓN | Estudiante |
| FIRMA | Heidy Rubio |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

21

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 03-03-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | E.S.E. H.S.J.G |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :** | Nataly Rubio Medina | | **EDAD:** 25 | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 1007322241 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Caparapí | | 07-06-2000 | **DIRECCIÓN:** | Barrio monte de luces |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | 3214062763 |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO X | CONTRIBUTIVO | ESPECIAL | **EPS/EAPB** | Salud total |
| | VINCULADO | SIN AFILIACIÓN | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios Institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Citologia | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Hace Rato no Pasa a Consulta

**AUTORIZACIÓN**

Yo Nataly Rubio Medina Identificado ( a) con CC número 1007322241 por medio de mi firma
SI X NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | | **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Reyes Reyes | **FIRMA** | Nataly Rubio |
| **CARGO** | Aux de Enfermeria APS | **OCUPACIÓN** | Independiente |
| **FIRMA** | | **FIRMA** | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

28

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 08-03-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | Centro de Salud |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:** | Pedro Julio Garcia Ordoñez | **EDAD:** 68 | | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 10162951 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Capparapo | 05-05-1957 | | **DIRECCIÓN:** | Barrio de la Iglesia |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | No tiene |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN | | | **EPS/EAPB** | Salud total |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI / NO |
| Canalización equipos complementarios | SI / NO | Canalización servicios institucionales | SI / NO | Canalización a servicios sociales | SI / NO |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Examen de prostata | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Hace tiempos no va a un chequeo Medico

**AUTORIZACIÓN**

Yo Pedro Julio Garcia Ordoñez Identificado ( a) con CC número 10162951 por medio de mi firma
SI X NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Rojas Roja |
| **CARGO** | Aux de Enfermera A.P.S |
| **FIRMA** | |

| **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|
| **FIRMA** | Pedro Julio Garcia |
| **OCUPACIÓN** | Nada |
| **FIRMA** | X |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(20)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 10-03-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | I.P.S la Dorada |
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | Jose benildo chimbay | | **EDAD:** 43 | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 1054539329 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Caparrapí | | 12-03-1983 | **DIRECCIÓN:** | Barrio nuevo de Lajas |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | 3128463382 |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | **EPS/IAPB** | Nueva E.P.S |
| **Grupos de riesgo según RIAS** | | | **Canalización Equipo Básico** | | SI [ ] NO [ ] |
| **Canalización equipos complementarios** | SI [ ] NO [ ] | **Canalización servicios institucionales** | SI [ ] NO [ ] | **Canalización a servicios sociales** | SI [ ] NO [ ] |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Odontologia | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Hace mas de un año que no asiste al medico

**AUTORIZACIÓN**

Yo Jose benildo chimbay Identificado ( a) con CC número 1054539329 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Rojas Rojas |
| **CARGO** | Aux De Enfermeria A.P.S |
| **FIRMA** | |

| **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|
| **FIRMA** | Jose benildo chimbay |
| **OCUPACIÓN** | Agricultor |
| **FIRMA** | X Benildo |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-102 |
|---|---|---|
| | ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN DSP | Fecha de elaboración : 8 Enero - 2025 |
| | | Versión: 1 |

Entre,

☐FUNCIONARIO ☐CONTRATISTA PERSONA NATURAL ☐ PERSONA JURÍDICA ☐ TERCERO

| | |
|---|---|
| Nombre Damaris Yarleydy Reyes Reyes | Firma |
| CC ☒ TI ☐ CE☐ | |
| Tipo y No Identificación 24.651.842 | Dependencia: |
| Cargo AUX DE Enfermeria A.P.S. | San Ramon Alto Caparrapi Dirección y Ciudad de Domicilio |

Y el Departamento de Cundinamarca, conjuntamente las "PARTES", celebran el presente acuerdo de confidencialidad en adelante "Acuerdo", con el fin de establecer los términos que regirán el uso de protección de la información considerando el vínculo existente entre las partes y el acceso que el *Funcionario/ Contratista / Persona Jurídica o Tercero* tiene a: instalaciones, dependencias, recursos, sistemas, servicios, expedientes, documentos a través de medios físicos y electrónicos que pueden contener información confidencial tanto de la organización como de terceros vinculados a ella. El presente acuerdo se regirá por las siguientes cláusulas, previas las siguientes

**CONSIDERACIONES**

1. Que el presente Acuerdo de Confidencialidad tiene como finalidad establecer el uso y la protección de la información a los que tiene acceso el *Funcionario/ Contratista / Persona Jurídica o Tercero.*

2. Las partes manifiestan que la información es de propiedad exclusiva de la GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA. y en algunos casos es el responsable del tratamiento de la misma.

3. Que con el fin de proteger la información confidencial, las partes se comprometen a guardar frente a terceros que no deban conocer esta información, estricta confidencialidad y reserva.

Por lo anterior, las Partes convienen los siguientes términos y condiciones de confidencialidad de acuerdo con las siguientes:

Powered by CamScanner

## CLÁUSULAS

**PRIMERA: Definiciones**

**ACTIVO**: En relación con la seguridad de la información, se refiere a cualquier información o elemento relacionado con el tratamiento de la misma (sistemas, soportes, edificios, personas, etc.), que tenga valor para la entidad.

**CONFIDENCIALIDAD**: Propiedad de la información que determina que la información sólo esté disponible y sea revelada a individuos, entidades o procesos autorizados.

**INTEGRIDAD**: Propiedad de la información que tiene relación con salvaguardar la exactitud y estado completo de los activos.

**DISPONIBILIDAD**: Propiedad de que la información que determina que sea accesible y utilizable por solicitud de una entidad autorizada, cuando ésta así lo requiera.

**SEGUNDA: USO DE LA INFORMACIÓN.** La información sólo podrá ser utilizada para adelantar las actividades asociadas al ejercicio de las funciones designadas en el marco del vínculo existente con el Departamento.

**TERCERA. OBLIGACIONES.** El *Funcionario/ Contratista / Persona Jurídica oTercero* se compromete a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices relacionadas con el componente de Seguridad de la Información de la Gobernación de Cundinamarca y de la Secretaría de Salud, además de las siguientes obligaciones:

1. Conocer y aplicar la política integral del sistema de gestión así como mantener y cumplir con la confidencialidad, integridad, y disponibilidad que debe mantenerse sobre la misma.
2. Interiorizar las políticas y lineamientos de seguridad de la información que se encuentran en el SIGC para la Gobernación de Cundinamarca y conocer la última versión publicada de los documentos mencionados.
3. No revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y no utilizar para el propio beneficio o para beneficio de terceros, toda la información confidencial a la que tenga acceso a través de cualquier medio en el ejercicio de las funciones que le sean designadas en la Gobernación de Cundinamarca.
4. Mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral o contractual por un plazo igual a la duración del contrato y dos (2) años adicionales contados a partir de la extinción del vínculo laboral o contractual. Su incumplimiento generará las acciones de tipo penal, disciplinarlo, administrativo y fiscal a que haya lugar.
   Si una orden judicial le obligara a divulgar información confidencial, dará aviso previo a la GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA.
5. No efectuar ninguna duplicación o copia no autorizada de información confidencial a la que tenga acceso a través de ningún medio.

Powered by CamScanner

6. Al finalizar la relación laboral o contractual, entregar formalmente toda información confidencial que le haya sido entregada o asignada para cumplir sus funciones, cuando así lo requiera o solicite la LA GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA. Así mismo, no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.
7. Guardar completa confidencialidad, disponibilidad e integridad sobre la información a la que tenga acceso o que haya generado durante la relación laboral o contractual en la ejecución de las actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, modificar sin autorización, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso.
   Informar cualquier incidente que se presente con el uso de información confidencial a LA GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA.
8. Abstenerse de utilizar la Información, con el objeto o el efecto de obtener provecho propio o de terceros por razón o con ocasión de actividades ajenas a la ejecución de las funciones designadas.
9. En caso de desvinculación, terminación, cambio o traslado de los funcionarios y/o contratistas deberán mantener la reserva de la información que han venido manejando.

**CUARTA. RESERVA.** Durante la ejecución de la relación laboral o contractual, el *Funcionario/ Contratista/ Persona Jurídica o Tercero* se compromete a informar a la GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho en el ejercicio de sus funciones, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y será de propiedad de la GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA.

**QUINTA. EXTENSIONES**. Si el contrato, convenio o acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio o acuerdo, pero con el mismo objeto del contrato, convenio o acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

***SEXTA. ANEXO**: Este acuerdo de confidencialidad será considerado un anexo a todos los contratos que las partes celebren, y sólo puede modificarse por documento escrito firmado por las mismas Partes.*

***SEPTIMA. NO RENUNCIA A DERECHOS**: La ausencia de reclamaciones por el incumplimiento de cualquiera de las cláusulas del presente acuerdo, no constituye una renuncia a los derechos que este confiere, ni puede servir como fundamento para asumir el otorgamiento de nuevos plazos de gracia o la autorización de incumplimientos de otras disposiciones. Ninguna renuncia a los derechos que confiere la Ley y a los que nacen del presente escrito, será válida a menos que conste por escrito que se haya dado a conocer previamente a la otra Parte.*

***OCTAVA. CESIÓN:** Las Partes no podrán ceder, vender, asignar, ni transferir, bajo ninguna forma y a ningún título, este acuerdo de confidencialidad, salvo autorización expresa de la otra Parte.*

***NOVENA. AUTONOMÍA DE LAS CLÁUSULAS CONTRACTUALES:** En caso de que alguna o algunas cláusulas de este acuerdo sean ineficaces o ilegales por cualquier motivo, se considerarán ineficaces según corresponda, pero en lo demás el contrato conservará su vigencia y aplicabilidad plena.*

Powered by CamScanner

***DÉCIMA. MODIFICACIONES:*** *El presente documento constituye el acuerdo total entre las Partes con respecto a la información confidencial y sustituye cualquier declaración oral o escrita anteriormente suministrada por las Partes.*

***DÉCIMA PRIMERA. DERECHOS QUE CONFIERE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:*** *El acceso que tenga el Funcionario/ Contratista / Persona Jurídica o Tercero a la información confidencial de la Gobernación de Cundinamarca, no le concede autorización, permiso o licencia de uso de marcas comerciales, patentes, derechos de autor o de cualquier otro derecho de propiedad intelectual. Ni este acuerdo ni la entrega o recepción de información confidencial constituyen o implican promesa o intención de efectuar compra o venta de productos o servicios, o promesa de contrato de cualquier índole o compromiso con respecto a la comercialización presente o futura de cualquier producto o servicio*

***DECIMA SEGUNDA: DERECHOS DE AUTOR:*** *El Funcionario /Contratista / Persona Jurídica o Tercero que haga uso de elementos de computo asignados por el departamento no debe instalar software no autorizado por la entidad, o que no se encuentre licenciado.*

*La siguiente cláusula se debe incluir para personas jurídicas:*

***DÉCIMA TERCERA. DEVOLUCIÓN O DESTRUCCIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: En cualquier*** *momento durante la vigencia de este acuerdo y en todo caso a la terminación del contrato celebrado entre las Partes, o de la terminación del presente acuerdo de confidencialidad, la* GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA *podrá solicitar por escrito que lleve a cabo alguna o algunas de las siguientes medidas:*

1. *Que, salvo en cumplimiento de disposición legal aplicable o de orden de autoridad judicial o administrativa competente, a requerimiento expreso y escrito, destruya dentro del término acordado entre las partes, cualquier Información Confidencial escrita (y todas las copias o traducciones hechas de la misma) que esté o estén, en o bajo la posesión o el control directos o indirectos de ésta y/o de sus funcionarios, trabajadores, dependientes o administradores. Igualmente, cualquier información confidencial mantenida en sistemas de computador, procesador de palabras, medios magnéticos u otros similares, será destruida si así es requerido por la* GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA.
2. *Certificar a la* GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA, *de forma escrita, firmada por un funcionario competente, que luego de efectuarse la destrucción a que se refiere el numeral anterior, ni la Parte Receptora, ni ninguno de sus funcionarios, trabajadores, dependientes o administradores, han retenido a sabiendas o conserva bajo su posesión o control, ya sea directa o indirecta, todo o parte de dicha información confidencial o cualquier copia de la misma.*
3. *Cualquier información confidencial y cualquier copia de la misma, que con base en lo establecido en esta cláusula no sea destruida, continuará sometida íntegramente a lo consagrado en este acuerdo.*

Suscribo este compromiso en E.S.E. H.S.J.G, a los 18 días del mes de Enero del año 2026

Powered by CamScanner

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-103 |
|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 1 |
| | Formato Custodia de Información DSP | Fecha de aprobación :27 Dic-2024 |

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

**Datos del solicitante de Información (quien recibe la custodia)**

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Tipo documento | Número de identificación |
|---|---|---|---|---|---|
| Damaris | Yarleydy | Reyes | Reyes | CC | 24.651.842 |
| **Entidad/institución/Dependencia** | **Correo electrónico** | **Información Solicitada** | **Periodicidad de tiempo** | **Uso de la información** | **Medio de envío información** |
| E.S.E. H.S.J.G | yarleydy 2023 @gmail.com | Base de datos survey capturar | 16-01-2026 30-06-2026. | Obligación base de datos descargada | Vía Electronica. |

**Descripción de la Información a entregar:**

Teniendo en cuenta las obligaciones del aplicativo survey 123 se solicita muy amablemente la base de datos descargada de la plataforma ArcGis del periodo a realizar para dar cumplimiento a las obligaciones 1,2,3,4,5,6 (Hogar, ALCPI, Gestantes).

**Firma del solicitante:** _____

**Cargo del Solicitante:**

Aux de Enfermería A.P.S.

**Día/Mes/Año:** 18-01-2026.

Powered by CamScanner

**Instructivo de Diligenciamiento:**

Si usted va a solicitar información a la Dirección de Salud Pública, por favor diligenciar el formato de custodia de información, así:

**Datos del solicitante de Información:**

Diligencie sus nombres y apellidos, documento de identificación, empresa, institución y/o dependencia interna, correo electrónico al que se enviará la información, información solicitada, periodicidad de la información solicitada, uso de la información y medio de envío de la información (vía electrónica).

***Descripción de la información a entregar:***

Bases de datos correspondientes al municipio específico, con los ítems requeridos, base anonimizada, informe u otra información a entregar según disponibilidad.

**Firma del solicitante:**

Registre su firma.

**Cargo del solicitante:**

Diligencie si es contratista o funcionario.

**Día/Mes/Año:**

Registre la fecha en que se realiza la solicitud.

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

## SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
## MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

(91)

### FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 20-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | La Arcadia. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Luis Arsecio Rocha caballero | EDAD: 60 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 10.171.023 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparrapí | 29-03-1965. | | DIRECCIÓN: | Cordoba |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3201019888 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X | CONTRIBUTIVO | ESPECIAL | EPS/EAPB | Nueva EPS. |
| | VINCULADO | SIN AFILIACIÓN | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica. | 4. |
| 2. Odontologia. | 5. |
| 3. Examen de Prostata. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Hace mas de un año que no asisto al medico

### AUTORIZACIÓN

Yo Luis Arsecio Rocha Identificado ( a) con CC número 10.171.023 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojas |
| CARGO | Aux de Enfermeria |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Luis Arsecio Rocha |
| OCUPACIÓN | Agricultor |
| FIRMA | María Sofía Hernández |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(42)

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 24-02-2026. | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | I.P.S Dorada. Caldas. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Luis Antonio Marin Rocha | EDAD: 87 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 4.436.231 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparrapi | 20-07-1938 | | DIRECCIÓN: | Cordoba |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3136373411 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] | ESPECIAL [ ] | | EPS/EAPB | Fondo Pasivo. |
| | VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | Canalización Equipo Básico | | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [X] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Hace dias que no asisto a un control medico.

### AUTORIZACIÓN

Yo Luis Antonio Marin Rocha. Identificado ( a) con CC número 4.436.231. por medio de mi firma SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Reyes |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S. |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Luis Marin Rocha |
| OCUPACIÓN | Nada |
| FIRMA | |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Yer FUO | 25-02-2026 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(46)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 25-02-2026. | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | Centro de salud. |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Carlina Gonzales de tompos | EDAD: 77. | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 20.429.680 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparrapí | 08-11-1948 | | DIRECCIÓN: | Cordoba |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | Nueva E.P.S. |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | Canalización Equipo Básico | | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica de PYP. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Hace rato no asiste a los controles de PYP.

**AUTORIZACIÓN**

Yo Carlina Gonzales de tompos Identificado ( a) con CC número 20.429.680 por medio de mi firma SI[X] NO[ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Rojas. |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Carlina Gonzales |
| OCUPACIÓN | Ama de casa. |
| FIRMA | Carlina gonsalez |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(46)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 25-02-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | Centro de salud. |
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | Hernando Torijos Jimenez | | **EDAD:** 88 | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 199.241 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Caparapí | | 16-06-1938 | **DIRECCIÓN:** | Cordoba |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | **EPS/EAPB** | Nueva E.P.S |
| **Grupos de riesgo según RIAS** | | | **Canalización Equipo Básico** | | SI NO |
| **Canalización equipos complementarios** | SI NO | **Canalización servicios institucionales** | SI NO | **Canalización a servicios sociales** | SI NO |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Consulta medica. ob control

**AUTORIZACIÓN**

Yo Hernando torrijos Identificado ( a) con CC número 199.241. por medio de mi firma
SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Reyes Reyes. |
| **CARGO** | Aux de Enfermeria A.P.S |
| **FIRMA** | |

| **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|
| **FIRMA** | Hernando torrijos |
| **OCUPACIÓN** | Nada |
| **FIRMA** | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

01

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 23-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | Centro de Salud. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Maria Hilda Reyes Alvarez | EDAD: 68 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 20.477.803. |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapí | 18-04-1957 | | DIRECCIÓN: | Barrio de Lago |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 312691967 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Salud total |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica control PyP. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Hace rato no asiste al control de PyP

### AUTORIZACIÓN

Yo Maria Hilda Reyes Alvarez Identificado ( a) con CC número 20.477.803 por medio de mi firma SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Reyes |
| CARGO | AUX DE Enfermeria A.P.I |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Maria Hilda Reyes |
| OCUPACIÓN | Ama de casa |
| FIRMA | Hilda Reyes |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Yo Fue | 27-02-2026 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

02.

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 23-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Adelica Rojas Sanchez | | EDAD: 62 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 30.347.757. |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Capaimapi | | 04-08-1963. | DIRECCIÓN: | Bocademonte de Lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [ ] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [X] | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios Institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | [X] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Servicio social NO tiene Seguro. | 4. |
| 2. Sisben | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No tiene Seguro.

**AUTORIZACIÓN**

Yo Adelica Rojas Sanchez Identificado ( a) con C.C número 30.347.757. por medio de mi firma
SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojo |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Adelica Rojas Sancho |
| OCUPACIÓN | Ama de casa |
| FIRMA | Adilia Reyes. S. |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(3)

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 25-02-2026. | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | I.P.S Parada adal. |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Maria Consuelo Molina | EDAD: 73 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 21.929.371 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Capparapi | 06-11-1952 | | DIRECCIÓN: | Barrio monte de Lago |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3229341390. |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Nueva E.P.S |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios institucionales | [X] NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Hace tiempos no asisto al medico

### AUTORIZACIÓN

Yo Maria Consuelo Molina. Identificado ( a) con CC número 21.929.371. por medio de mi firma SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojas |
| CARGO | AUX de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Consuelo Molina |
| OCUPACIÓN | Ama de casa. |
| FIRMA | Consuelo Molina |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Yct TUG | 12-03-2026 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(04)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 26-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | H.S.J.G. |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Isabel Reyes Sanchez | | EDAD: 33 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1077971936 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Capamapi | | 30-06-1993 | DIRECCIÓN: | Barademonte de Lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3105308763 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | famisanar. |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios Institucionales | SI [X] NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta de planificacion familar | 4. |
| 2. Citologia | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No a asistido a consulta de planificacion

**AUTORIZACIÓN**

Yo Isabel Reyes Sanchez Identificado ( a) con CC número 1077971936 por medio de mi firma
SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Reyes |
| CARGO | AUX DE Enfermeria A.P.S. |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Isabel Reyes Sanchez. |
| OCUPACIÓN | Ama de casa |
| FIRMA | Isabel Reyes S. |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

05

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 04-03-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | Centro de Salud. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Froilan Ramos Sancha | | EDAD: 66. | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 200.440 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparrapí | | 07-03-1960 | DIRECCIÓN: | Barrio de lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3117617161 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | Salud total |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios institucionales | [X] NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica de P4P. | 4. |
| 2. Consulta para examen de prostata | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Control de P4P. y Examen de prostata.

### AUTORIZACIÓN

Yo Froilan Ramos Sanchez Identificado ( a) con CC número _____ por medio de mi firma SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Reyes |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Froilan Ramos Sanchez |
| OCUPACIÓN | Agricultor |
| FIRMA | Froilan Ramos |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| | 16-03-2026 | Caparrapí | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

09

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 26-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | I.P.S Dorada caldas |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Viviana Esperanza Sanchez | EDAD: 37 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1022354855 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapi | 07-01-1989 | | DIRECCIÓN: | Barademonte de lagos. |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3148734296. |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] | | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | Nueva E.P.S |
| | VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios institucionales | OK NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medico General | 4. |
| 2. Citologia | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No se a realizado la citologia

**AUTORIZACIÓN**

Yo Viviana Esperanza Sancha. Identificado ( a) con CC número 1022354855 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | | USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Damaris Polos Rojas | FIRMA | Viviana Sanchez |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S | OCUPACIÓN | Restaurante cosnora |
| FIRMA | | FIRMA | Viviana Sanchez |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD** 09

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 28-02-2016 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | I.P.S Sonia Adiba |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Jose manuel chimby sancha | EDAD: 9 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1073327941 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapi | 06-06-2016 | | DIRECCIÓN: | Cra 4 Nº 4-56 |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3108736096 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [x] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Nueva EPS |
| Grupos de riesgo según RIAS | | Canalización Equipo Básico | | | SI [ ] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Vacunacion de V.P.H. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No tiene la vacunas de VPH

**AUTORIZACIÓN**

Yo Jose manuel chimby sancha Identificado ( a) con TI número 1073327941 por medio de mi firma
SI [x] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | | USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Rojas | FIRMA | Jose manuel chimby |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S. | OCUPACIÓN | Estudiante |
| FIRMA | | FIRMA | Emanuel S. |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

10

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 26-02-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | I.P.S Bonda Caldas |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Maria Jose Chimby Sanchez | | EDAD: 16 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1073323552 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapí | | 31-05-2009 | DIRECCIÓN: | Barademonte de lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3148732296 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X / VINCULADO | CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN | ESPECIAL | EPS/EAPB | Nueva E.P.S |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI / NO |
| Canalización equipos complementarios | SI / NO | Canalización servicios institucionales | SI / NO | Canalización a servicios sociales | SI / NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica General | 4. |
| 2. Citologia. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

No se a realizado la Citologia

**AUTORIZACIÓN**

Yo Maria Jose Chimby Sanchez. Identificado ( a) con TI número 1073323552 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | | USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojas | FIRMA | Maria Jose Chimby |
| CARGO | Aux De Enfermeria A.P.S | OCUPACIÓN | Mesera |
| FIRMA | | FIRMA | Maria. |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(11)

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 02-03-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | Centro de salud |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO : | Fabiola Chavez | EDAD: | 72 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 21.708868 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapi | | 15-04-1953 | DIRECCIÓN: | Barderrote de lapa |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3172535810 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X / VINCULADO | CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN | ESPECIAL | EPS/EAPB | Salud total |
| Grupos de riesgo según RIAS | Bajo | | Canalización Equipo Básico | | SI / NO |
| Canalización equipos complementarios | SI / NO | Canalización servicios Institucionales | SI / NO | Canalización a servicios sociales | SI / NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Operada de corazon abierto

### AUTORIZACIÓN

Yo Fabiola Chavez Identificado ( a) con CC número 21708868 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Rojo |
| CARGO | AUX DE ENFERMERIA A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Fabiola Chavez |
| OCUPACIÓN | Ama de casa |
| FIRMA | Fabiola Chavez |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(11)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 03-03-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | Puerto Salgar |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :** | Cesar Alberto olaya | **EDAD:** 63 | | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 3081138 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Caparrapí | 31-08-1962 | | **DIRECCIÓN:** | Barademonte de lajas |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | 3125588245 |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | **EPS/EAPB** | Nueva E.P.S |
| **Grupos de riesgo según RIAS** | | | **Canalización Equipo Básico** | | SI NO |
| **Canalización equipos complementarios** | SI NO | **Canalización servicios institucionales** | SI NO | **Canalización a servicios sociales** | SI NO |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Examen de prostata | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Hace rato no asisto a consulta Medica

**AUTORIZACIÓN**

Yo Cesar Alberto olaya Identificado ( a) con CC número 3081138 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Reyes Reyes |
| **CARGO** | Aux de Enfermeria A.P.S |
| **FIRMA** | |

| **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|
| **FIRMA** | Cesar Alberto Olaya |
| **OCUPACIÓN** | Agricultor |
| **FIRMA** | Cesar olaya |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(17)

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 04-03-2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | Centro de salud. |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Jorge Eliecer Gomez Roa | EDAD: 51 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80.322.510. |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapi | 05-11-1974 | | DIRECCIÓN: | Brabrante de Iglesias |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3127133251. |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Salud total. |
| Grupos de riesgo según RIAS | | Canalización Equipo Básico | | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Examen de prostata. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

No se a realizado el Examen de Prostata

### AUTORIZACIÓN

Yo Jorge Eliecer Gomez Roa Identificado ( a) con CC número 80.322.510. por medio de mi firma
SI [X] NO [ ] autorizo que mi Información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Reyes Reyes. |
| CARGO | AUX DE Enfermeria A.P.S. |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Jorge Eliecer Gomez Roa |
| OCUPACIÓN | Agricultor. |
| FIRMA | |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(18)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 04-03-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | Centro de salud. |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :** | Victor Julio Rubio | | **EDAD:** 57. | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 80.327.744 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Caparapi | | 05-08-1968. | **DIRECCIÓN:** | Barrio monte de laja |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | 3213041163 |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | **EPS/EAPB** | Salud total |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios Institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Examen prostata | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Tiene un control lo operaron del riñon.

**AUTORIZACIÓN**

Yo Victor Julio Rubio Identificado ( a) con CC número _____ por medio de mi firma
SI __ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Reyes Reyes |
| **CARGO** | AUX DE ENFERMERIA A.P.S |
| **FIRMA** | |

| **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|
| **FIRMA** | Victor Julio Rubio |
| **OCUPACIÓN** | Agricultor. |
| **FIRMA** | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(19)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 04-03-2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | Centro de salud |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Dana Valeria Arias Rubio | | EDAD: 9 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1213773920 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Caparapí | | 23-01-2017 | DIRECCIÓN: | Barrio mark de lajas |
| TELEFONO DE CONTACTO: | | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | 3143168876 |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | ESPECIAL | EPS/EAPB | |
| | VINCULADO | SIN AFILIACIÓN | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios Institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. psicologica | 4. |
| 2. Vacunación VPH. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Psicologia

**AUTORIZACIÓN**

Yo Heidy Rubio Identificado ( a) con CC número 1072749866 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi Información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | |
|---|---|
| NOMBRE | Damaris Rojas Rojas |
| CARGO | Aux de Enfermeria A.P.S |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Dana Valeria |
| OCUPACIÓN | Estudiante |
| FIRMA | Heidy Rubio |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

21

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 03-03-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | E.S.E. H.S.J.G |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :** | Nataly Rubio Medina | | **EDAD:** 25 | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 1007322241 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Caparapí | | 07-06-2000 | **DIRECCIÓN:** | Barrio monte de luces |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | 3214062763 |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO X | CONTRIBUTIVO | ESPECIAL | **EPS/EAPB** | Salud total |
| | VINCULADO | SIN AFILIACIÓN | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI NO |
| Canalización equipos complementarios | SI NO | Canalización servicios Institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Citologia | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Hace Rato no Pasa a Consulta

**AUTORIZACIÓN**

Yo Nataly Rubio Medina Identificado ( a) con CC número 1007322241 por medio de mi firma
SI X NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | | **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Reyes Reyes | **FIRMA** | Nataly Rubio |
| **CARGO** | Aux de Enfermeria APS | **OCUPACIÓN** | Independiente |
| **FIRMA** | | **FIRMA** | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

28

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 08-03-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | Centro de Salud |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:** | Pedro Julio Garcia Ordoñez | **EDAD:** 68 | | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 10162951 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Capparapo | 05-05-1957 | | **DIRECCIÓN:** | Barrio de la Iglesia |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | No tiene |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN | | | **EPS/EAPB** | Salud total |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI / NO |
| Canalización equipos complementarios | SI / NO | Canalización servicios institucionales | SI / NO | Canalización a servicios sociales | SI / NO |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Examen de prostata | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Hace tiempos no va a un chequeo Medico

**AUTORIZACIÓN**

Yo Pedro Julio Garcia Ordoñez Identificado ( a) con CC número 10162951 por medio de mi firma
SI X NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Rojas Roja |
| **CARGO** | Aux de Enfermera A.P.S |
| **FIRMA** | |

| **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|
| **FIRMA** | Pedro Julio Garcia |
| **OCUPACIÓN** | Nada |
| **FIRMA** | X |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

(20)

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | 10-03-2026 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | I.P.S la Dorada |
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | Jose benildo chimbay | | **EDAD:** 43 | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 1054539329 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Caparrapí | | 12-03-1983 | **DIRECCIÓN:** | Barrio nuevo de Lajas |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | 3128463382 |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | **EPS/IAPB** | Nueva E.P.S |
| **Grupos de riesgo según RIAS** | | | **Canalización Equipo Básico** | | SI [ ] NO [ ] |
| **Canalización equipos complementarios** | SI [ ] NO [ ] | **Canalización servicios institucionales** | SI [ ] NO [ ] | **Canalización a servicios sociales** | SI [ ] NO [ ] |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Consulta Medica | 4. |
| 2. Odontologia | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Hace mas de un año que no asiste al medico

**AUTORIZACIÓN**

Yo Jose benildo chimbay Identificado ( a) con CC número 1054539329 por medio de mi firma
SI X NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Damaris Rojas Rojas |
| **CARGO** | Aux De Enfermeria A.P.S |
| **FIRMA** | |

| **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|
| **FIRMA** | Jose benildo chimbay |
| **OCUPACIÓN** | Agricultor |
| **FIRMA** | X Benildo |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 — 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterizacion Familiar.

3. MUNICIPIO: Capamapi — Cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspeccion Dindal

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Ramoquin.

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071581000 | Firma: Maritza M.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (v ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.SI 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Maritza Ramirez | 1 | 1022327652 | 1 | 2 | 30-10 1986 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspeccion Dindal | 322674410 | 130302 | |
| 2 | Leidy Alejandra Bolaños Ramirez | 1 | 1016714737 | 1 | 2 | 02-09 2006 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Estudiante | 314221 5251 | 130302 | Leidy Ramirez |
| 3 | Doro Rangel Rojas. | 1 | 51847295 | 1 | 2 | 09-08 1965 | 1 Sanitas | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente | 1 | Inspeccion Dindal | 317644 8232 | 130302 | |
| 4 | Conrado Lugo Pabon | 1 | 80321487 | 1 | 1 | 21-05 1986 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente | 1 | Inspeccion Dindal | 318376 4157 | 130302 | |
| 5 | Nana Marlen Garzon | 1 | 39811784 | 1 | 2 | 21-03 1969 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspeccion Dindal | 318576 0484 | 130302 | Marlen Garzon |
| 6 | Mayra Alejandra Gutierrez Garzon | 2 | 1016049787 | 1 | 2 | 05-09 2010 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Inspeccion Dindal | 317877 5643 | 130302 | Mayra Gutierrez |
| 7 | Jose Alfredo Ramirez | 1 | 80322192 | 1 | 1 | 25-02 1973 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspeccion Dindal | No. tiene | 130302 | Jose Ramirez |
| 8 | Luis Hernando Hendez Melo | 1 | 200459 | 1 | 1 | 17-05 1964 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspeccion Dindal | 322261 3644 | 130302 | [redacted] |
| 9 | Maria Fernanda Melo | 1 | 1008617193 | 1 | 2 | 15-02 1999 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varias | 1 | Inspeccion Dindal | 322261 3644 | 130302 | MARIA FERNANDA |
| 10 | Luisa Nayid Vera Rueda | 1 | 1008616412 | 1 | 2 | 22-07 2002 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspeccion Dindal | 315481 8609 | 130302 | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 – 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterizacion Familiar.

3. MUNICIPIO: Capamapi- Cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspeccion Dindal.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Mamoqun

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071581000 | Firma: Maritza M.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN Nº | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.SI 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jeremias Cadena Bustos | 1 | 95169883 | 1 | 1 | 28-08 1984 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal. | 321419 3162 | 130302 | |
| 2 | Daniela Garzón Aguilar | 1 | 1007322301 | 1 | 2 | 22-11 1999 | 2 Famisanar | N/A | N/A | N/A | 1 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 322812 6165 | 130302 | |
| 3 | Mariela Sanchez Chavito | 1 | 39536761 | 1 | 2 | 31-12 1961 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal. | 317089 6680 | 130302 | |
| 4 | Jorge eliecer Achoy | 1 | 20172957 | 1 | 1 | 27-11 1967 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal | 314276 2680 | 130302 | |
| 5 | Graciela colmenares | 1 | 20426432 | 1 | 2 | 27-10 1940 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Trapiche Viejo. | 313344 7137 | 130302 | |
| 6 | Alexander Martinez | 2 | 1071080201 | 1 | 1 | 22-12 2010 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | 1 | Trapiche Viejo. | 320441 8385 | 130302 | Alexander martinez Castillo |
| 7 | Luis Alberto Torres Peña | 1 | 199857 | 1 | 1 | 20-10 1958 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal | 322374 5751 | 130302 | |
| 8 | Fausta Maheca Triana | 1 | 20427196 | 1 | 2 | 15-01 1945 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar. | 1 | Inspección Dindal | 318831 3369 | 130302 | |
| 9 | Ana Alba Escobar Reyes | 1 | 20431172 | 1 | 2 | 1-14 1953 | 1 Sanitas | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar. | 1 | Inspección Dindal | 310877 6909 | 130302 | |
| 10 | Claudia Marcela Ramos Daya | 1 | 1073676584 | 1 | 2 | 18-11 1987 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal. | 313519 8570 | 130302 | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

FECHA: 19-02-2026 – 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterizacion Familiar

3. MUNICIPIO: Tapanapi – cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspección Dindal

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Hamoquin

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071591000 | Firma: Maritza Ham.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.Si 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Leidy Lucia Vergara G | 1 | 1003698347 | 1 | 2 | 01-12 1998 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal | 311 622 3898 | 130302 | Leidy Lucia V. |
| 2 | Juan Jose Alvarez Tovar | 1 | 1008777274 | 1 | 1 | 22-01 2009 | 2 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal | 311 622 3898 | 130302 | |
| 3 | Gimena Maheda Toro | 2 | 1111198436 | 1 | 2 | 29-07 2009 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 1 | Estudiante. | 1 | Los Monos | 316 199 4104 | 130302 | Sin copia |
| 4 | Ana Cleotilde Torres Tarbado | 1 | 21110914 | 1 | 2 | 27-01 1961 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Los Monos. | No tiene | 130302 | |
| 5 | Jose Lin Ibanez Gomez | 1 | (09) 80275 537 | 1 | 1 | 12-01 1957 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Los Monos, | No tiene | 130302 | |
| 6 | Edelmira Hamoquin | 1 | 204277558 (0779762481) | 1 | 2 | 03-04 1961 | 1 Famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente | 1 | Inspección Dindal | 320 692 4185 | 130302 | |
| 7 | Alfredo Vera Rojas | 1 | 200409 | 1 | 1 | 09-02 1949 | 2 Salud total | N/A | 1/3 | N/A | 1 | Hogar | 1 | Inspección Dindal. | 318 350 0330 | 130302 | |
| 8 | Sandra Milena Rangel Sanchez | 1 | 39628343 | 1 | 2 | 18-11 1977 | 2 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 310 619 9964 | 130302 | Sandra Rangel |
| 9 | Elicio Zarate | 1 | 2970627 | 1 | 1 | 15-09 1953 | 1 Compensar | N/A | N/A | N/A | 2 | Comerciante | 1 | Inspección Dindal | 312 448 5587 | 130302 | Elicio Zarate |
| 10 | Porfirio Romero | 1 | 3 233 932 | 1 | 1 | 02-02 1952 | 2 Salud total | N/A | 1 | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | No tiene | 130302 | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 - 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterización Familiar.

3. MUNICIPIO: Capamapi- cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspección Dindal

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Hamoquin.

6. Tipo de identificacion: CC | Número: (Maritza) 1071581000 | Firma Maritza H.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO 1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional | SEXO 1. Masculino 2. Femenino | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA | DISCAPACIDAD 1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple | POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables | EMBARAZADA 1.Si 2. No | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Blanca Rosa Ramirez | 1 | 52655507 | 1 | 2 | 15-05 1986 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 317505 6099 | 130302 | Blanca RR |
| 2 | Fernando Rangel Romero | 1 | 10185120 | 1 | 1 | 05-01 1973 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal. | 315695 0027 | 130302 | |
| 3 | Yarley Triana Gutierrez | 1 | 1071580 73 | 1 | 2 | 27/10 1991 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 316482 4958 | 130302 | Yarley Triana |
| 4 | Fredy Heli Ibañez Torres | 1 | 80323357 | 1 | 1 | 30-10 1980 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal. | 315 083 5775 | 130302 | Fredy Heli |
| 5 | Leidy Juliana Ibañez triana | 1 | 1071 579710 | 1 | 2 | 09-06 2007 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal, | 317726 7035 | 130302 | Lady Ibañez |
| 6 | Doris Liliana sierra cuñon | 1 | 1108 206026 | 1 | 2 | 22-07 1990 | 2 Nueva Eps | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 317 816 6723 | 130302 | Liliana S. |
| 7 | James Alberto Reyes Romero | 1 | 1071 578053 | 1 | 1 | 24-12 1985 | 2 Nueva Eps | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal, | 317 816 6723 | 130302 | James reyes |
| 8 | Maria Isabel Ramirez | 1 | 20633486 | 1 | 2 | 02-10 1964 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 322 321 4412 | 130302 | Isabel Ramirez |
| 9 | Hernando Ramos | 1 | (20633486) 329203 | 1 | 1 | 24-11 1954 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal, | 318 542 8140 | 130302 | Hernando Ramos |
| 10 | Nohora Beatriz Murcia Montero | 1 | 20428635 | 1 | 2 | 13-10 1968 | Nueva Eps. | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal | 311883 6220 | 130302 | Nohora Beatriz Murcia |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 - 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterización familiar.

3. MUNICIPIO: Capanapi- Cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspección Dindal.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Marroquin

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071581000 | Firma: Maritza M.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.Si 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Alipio Correa | 1 | 11386074 | 1 | 1 | 21-12 1964 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal, | 315 143 07 81 | 130302 | Alipio Correa |
| 2 | Julieta carolina Murcia Montero | 1 | 1071581470 | 1 | 2 | 06-04 1999 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar independiente. | 1 | Inspección Dindal, | 320691 7108 | 130302 | carolina murcia |
| 3 | Luz Marina Perez Triana | 1 | 52473300 | 1 | 2 | 24-03 1975 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | independiente. | 1 | Inspección Dindal | 317575 8267 | 130302 | Luz Marina |
| 4 | Miguel Angel Perez Barragan | 1 | 80322873 | 1 | 1 | 23-09 1972 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | independiente | 1 | Inspección Dindal, | 317575 8267 | 130302 | Miguel Perez |
| 5 | Luz Marina Granados Torres | 1 | 20427302 | 1 | 2 | 24-05 1956 | 1 Sanitas | N/A | N/A | N/A | 2 | independiente. | 1 | Inspección Dindal, | 319797 7904 | 130302 | Luz marina Granados |
| 6 | Juan Rosendo Diaz Vargas | 1 | 3051268 | 1 | 1 | 09-01 1950 | 1 Sanitas | N/A | 1 | N/A | 2 | independiente | 1 | Inspección Dindal, | 319797 7904 | 130302 | NO RECIBE CARACTERIZACION PERO LA HIJA ASIGNA DATOS IMPORTANTES. |
| 7 | Martha Isabel Ortiz Bernal | 1 | 35328260 | 1 | 2 | 21-04 1960 | 2 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal, | 317282 7593 | 130302 | |
| 8 | Hector Dario Franco Orduña | 1 | 19164067 | 1 | 1 | 01-12 1951 | 2 famisanar | N/A | (N/A) | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal, | 317282 7593 | 130302 | |
| 9 | Leonor Bernal de Ortiz | 1 | 41470204 | 1 | 2 | 18-02 1942 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 317809 0707 | 130302 | |
| 10 | Nancy Aleida Triana Triana | 1 | 39759420 | 1 | 2 | 04-04 1970 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal. | 311274 7599 | 130302 | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 — 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterización Familiar.

3. MUNICIPIO: Tapanqui- Cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspección Dindal

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Hamaguta

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071581000 | Firma: Maritza M.L.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (v ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4 Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables | EMBARAZADA (1.Si 2. No | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Pompeyo Triana Palacios | 1 | 307 757 | 1 | 1 | 31-01 1940 | 1 Sanitas | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 311 274 7599 | 130302 | Pompeyo Triana |
| 2 | Manisela Triana | 1 | 20431189 | 1 | 2 | 24-09 1952 | 1 Sanitas. | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 311 274 7599 | 130302 | Manisela Triana |
| 3 | Esther Julia Pineda Magaga | 1 | 20431225 | 1 | 2 | 14-07 1955 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | No tiene | 130302 | - |
| 4 | Maria Lilia Malpecha Pineda | 1 | 39813402 | 1 | 2 | 23-06 1982 | 2 salud total | N/A | 2/5 | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | No tiene | 130302 | Maria Lilia |
| 5 | Ricardo Triana Bohorquez | 1 | 80322237 | 1 | 1 | 4-09 1973 | 1 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal | 313944 95-66 | 130302 | - |
| 6 | Sbria Ines Diaz Granados | 1 | 39813297 | 1 | 2 | 07-06 1980 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | independiente | 1 | Inspección Dindal | 323495 7545 | 130302 | |
| 7 | Nicole Saray Bueno Diaz | 1 | 1028300045 | 1 | 2 | 27-07 2009 | 2 salud total. | N/A | N/A | N/A | 2 | independiente | 1 | Inspección Dindal | 314406 3527 | 130302 | |
| 8 | Katherine Castaneda Anzola | 1 | 1071578904 | 1 | 2 | 28-11 2005 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 1 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 311473 6842 | 130302 | Katherine Castañeda. |
| 9 | Luis Miguel Murcia Ramirez | 1 | 1071580361 | 1 | 1 | 26-06 1993 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal | 320225 7834 | 130302. | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 - 15-03-2026 2. TEMÁTICA: ETV ( Dengue - Fiebre Amarilla - Malaria - leishmaniasis).

3. MUNICIPIO: Caparapi - cundinamarca. 4. LUGAR: Inspeccion Dindal

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Marroquin

6. Tipo de identificacion: CC Número: 1071591000 Firma Maritza M.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1 Fisica 2.Auditiva 3 Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.Si 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Edelmira Marroquin. | 1 | 20427758 | 1 | 2 | 03-09 1961 | 1 Famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente | 1 | Inspeccion Dindal | 320692 4185 | 130302 | |
| 2 | Alfredo Vera Rojas | 1 | 200409 | 1 | 1 | 09-02 1949 | 2 salud total | N/A | 1/3 | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspeccion pindal | 313350 0330 | 130302 | |
| 3 | Sandra Milena Rangel Sanchez | 1 | 39628843 | 1 | 2 | 19-11 1977 | 2 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspeccion Dindal | 310619 9964 | 130302 | Sandra Rangel |
| 4 | Eliseo Zarate | 1 | 2978627 | 1 | 1 | 15-09 1953 | 1 compensar | N/A | N/A | N/A | 2 | comerciante. | 1 | Inspeccion Dindal | 312448 5587 | 130302 | |
| 5 | Blanca Rosa Ramirez | 1 | 52655507 | 1 | 2 | 15-05 1986 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspeccion Dindal | 317505 6099 | 130302 | |
| 6 | fernando Rangel Romero | 1 | 10185120 | 1 | 1 | 05-01 1973 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspeccion Dindal | 315695 0027 | 130302 | |
| 7 | Porfirio Romero | 1 | 3233932 | 1 | 1 | 02-02 1952 | 2 salud total | N/A | 1 | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspeccion Dindal | No tiene | 130302 | BlancaRR |
| 8 | Leidy Juliana Ibañez Triana | 1 | 1071597970 | 1 | 2 | 09-06 2007 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspeccion Dindal | 317726 7035 | 130302 | Leidy Ibañez |
| 9 | Yarley Triana Gutierrez | 1 | 1071550035 | 1 | 2 | 27-10 1991 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspeccion Dindal | 317926 7035 | 130302 | Yarley Triana |
| 10 | Doris Liliana Sierra Cañon | 1 | 1108206026 | 1 | 2 | 22-07 1990 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspeccion Dindal. | 317816 6723 | 130302 | Liliana Sierra |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 — 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterizacion Familiar.

3. MUNICIPIO: Capamapi — Cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspeccion Dindal

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Ramoquin.

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071581000 | Firma: Maritza M.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (v ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.SI 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Maritza Ramirez | 1 | 1022327652 | 1 | 2 | 30-10 1986 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspeccion Dindal | 322674410 | 130302 | |
| 2 | Leidy Alejandra Bolaños Ramirez | 1 | 1016714737 | 1 | 2 | 02-09 2006 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Estudiante | 314221 5251 | 130302 | Leidy Ramirez |
| 3 | Doro Rangel Rojas. | 1 | 51847295 | 1 | 2 | 09-08 1965 | 1 Sanitas | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente | 1 | Inspeccion Dindal | 317644 8232 | 130302 | |
| 4 | Conrado Lugo Pabon | 1 | 80321487 | 1 | 1 | 21-05 1986 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente | 1 | Inspeccion Dindal | 318376 4157 | 130302 | |
| 5 | Nana Marlen Garzon | 1 | 39811784 | 1 | 2 | 21-03 1969 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspeccion Dindal | 318576 0484 | 130302 | Marlen Garzon |
| 6 | Mayra Alejandra Gutierrez Garzon | 2 | 1016049787 | 1 | 2 | 05-09 2010 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Inspeccion Dindal | 317877 5643 | 130302 | Mayra Gutierrez |
| 7 | Jose Alfredo Ramirez | 1 | 80322192 | 1 | 1 | 25-02 1973 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspeccion Dindal | No. tiene | 130302 | Jose Ramirez |
| 8 | Luis Hernando Hendez Melo | 1 | 200459 | 1 | 1 | 17-05 1964 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspeccion Dindal | 322261 3644 | 130302 | [redacted] |
| 9 | Maria Fernanda Melo | 1 | 1008617193 | 1 | 2 | 15-02 1999 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varias | 1 | Inspeccion Dindal | 322261 3644 | 130302 | MARIA FERNANDA |
| 10 | Luisa Nayid Vera Rueda | 1 | 1008616412 | 1 | 2 | 22-07 2002 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspeccion Dindal | 315481 8609 | 130302 | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 – 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterizacion Familiar.

3. MUNICIPIO: Capamapi- Cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspeccion Dindal.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Mamoqun

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071581000 | Firma: Maritza M.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN Nº | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.SI 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jeremias Cadena Bustos | 1 | 95169883 | 1 | 1 | 28-08 1984 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal. | 321419 3162 | 130302 | |
| 2 | Daniela Garzón Aguilar | 1 | 1007322301 | 1 | 2 | 22-11 1999 | 2 Famisanar | N/A | N/A | N/A | 1 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 322812 6165 | 130302 | |
| 3 | Mariela Sanchez Chavito | 1 | 39536761 | 1 | 2 | 31-12 1961 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal. | 317089 6680 | 130302 | |
| 4 | Jorge eliecer Achoy | 1 | 20172957 | 1 | 1 | 27-11 1967 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal | 314276 2680 | 130302 | |
| 5 | Graciela colmenares | 1 | 20426432 | 1 | 2 | 27-10 1940 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Trapiche Viejo. | 313344 7137 | 130302 | |
| 6 | Alexander Martinez | 2 | 1071080201 | 1 | 1 | 22-12 2010 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | 1 | Trapiche Viejo. | 320441 8385 | 130302 | Alexander martinez Castillo |
| 7 | Luis Alberto Torres Peña | 1 | 199857 | 1 | 1 | 20-10 1958 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal | 322374 5751 | 130302 | |
| 8 | Fausta Maheca Triana | 1 | 20427196 | 1 | 2 | 15-01 1945 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar. | 1 | Inspección Dindal | 318831 3369 | 130302 | |
| 9 | Ana Alba Escobar Reyes | 1 | 20431172 | 1 | 2 | 1-14 1953 | 1 Sanitas | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar. | 1 | Inspección Dindal | 310877 6909 | 130302 | |
| 10 | Claudia Marcela Ramos Daya | 1 | 1073676584 | 1 | 2 | 18-11 1987 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal. | 313519 8570 | 130302 | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

FECHA: 19-02-2026 – 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterizacion Familiar

3. MUNICIPIO: Tapanapi – cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspección Dindal

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Hamoquin

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071591000 | Firma: Maritza Ham.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.Si 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Leidy Lucia Vergara G | 1 | 1003698347 | 1 | 2 | 01-12 1998 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal | 311 622 3898 | 130302 | Leidy Lucia V. |
| 2 | Juan Jose Alvarez Tovar | 1 | 1008777274 | 1 | 1 | 22-01 2009 | 2 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal | 311 622 3898 | 130302 | |
| 3 | Gimena Maheda Toro | 2 | 1111198436 | 1 | 2 | 29-07 2009 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 1 | Estudiante. | 1 | Los Monos | 316 199 4104 | 130302 | Sin copia |
| 4 | Ana Cleotilde Torres Tarbado | 1 | 21110914 | 1 | 2 | 27-01 1961 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Los Monos. | No tiene | 130302 | |
| 5 | Jose Lin Ibanez Gomez | 1 | (09) 80275 537 | 1 | 1 | 12-01 1957 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Los Monos, | No tiene | 130302 | |
| 6 | Edelmira Hamoquin | 1 | 204277558 (0779762481) | 1 | 2 | 03-04 1961 | 1 Famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente | 1 | Inspección Dindal | 320 692 4185 | 130302 | |
| 7 | Alfredo Vera Rojas | 1 | 200409 | 1 | 1 | 09-02 1949 | 2 Salud total | N/A | 1/3 | N/A | 1 | Hogar | 1 | Inspección Dindal. | 318 350 0330 | 130302 | |
| 8 | Sandra Milena Rangel Sanchez | 1 | 39628343 | 1 | 2 | 18-11 1977 | 2 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 310 619 9964 | 130302 | Sandra Rangel |
| 9 | Elicio Zarate | 1 | 2970627 | 1 | 1 | 15-09 1953 | 1 Compensar | N/A | N/A | N/A | 2 | Comerciante | 1 | Inspección Dindal | 312 448 5587 | 130302 | Elicio Zarate |
| 10 | Porfirio Romero | 1 | 3 233 932 | 1 | 1 | 02-02 1952 | 2 Salud total | N/A | 1 | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | No tiene | 130302 | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 - 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterización Familiar.

3. MUNICIPIO: Capamapi- cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspección Dindal

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Hamoquin.

6. Tipo de identificacion: CC | Número: (Maritza) 1071581000 | Firma Maritza H.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO 1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional | SEXO 1. Masculino 2. Femenino | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA | DISCAPACIDAD 1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple | POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables | EMBARAZADA 1.Si 2. No | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Blanca Rosa Ramirez | 1 | 52655507 | 1 | 2 | 15-05 1986 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 317505 6099 | 130302 | Blanca RR |
| 2 | Fernando Rangel Romero | 1 | 10185120 | 1 | 1 | 05-01 1973 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal. | 315695 0027 | 130302 | |
| 3 | Yarley Triana Gutierrez | 1 | 1071580 73 | 1 | 2 | 27/10 1991 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 316482 4958 | 130302 | Yarley Triana |
| 4 | Fredy Heli Ibañez Torres | 1 | 80323357 | 1 | 1 | 30-10 1980 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal. | 315 083 5775 | 130302 | Fredy Heli |
| 5 | Leidy Juliana Ibañez triana | 1 | 1071 579710 | 1 | 2 | 09-06 2007 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal, | 317726 7035 | 130302 | Lady Ibañez |
| 6 | Doris Liliana sierra cuñon | 1 | 1108 206026 | 1 | 2 | 22-07 1990 | 2 Nueva Eps | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 317 816 6723 | 130302 | Liliana S. |
| 7 | James Alberto Reyes Romero | 1 | 1071 578053 | 1 | 1 | 24-12 1985 | 2 Nueva Eps | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal, | 317 816 6723 | 130302 | James reyes |
| 8 | Maria Isabel Ramirez | 1 | 20633486 | 1 | 2 | 02-10 1964 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 322 321 4412 | 130302 | Isabel Ramirez |
| 9 | Hernando Ramos | 1 | (20633486) 329203 | 1 | 1 | 24-11 1954 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Inspección Dindal, | 318 542 8140 | 130302 | Hernando Ramos |
| 10 | Nohora Beatriz Murcia Montero | 1 | 20428635 | 1 | 2 | 13-10 1968 | Nueva Eps. | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal | 311883 6220 | 130302 | Nohora Beatriz Murcia |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 - 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterización familiar.

3. MUNICIPIO: Capanapi- Cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspección Dindal.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Marroquin

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071581000 | Firma: Maritza M.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.Si 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Alipio Correa | 1 | 11386074 | 1 | 1 | 21-12 1964 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal, | 315 143 07 81 | 130302 | Alipio Correa |
| 2 | Julieta carolina Murcia Montero | 1 | 1071581470 | 1 | 2 | 06-04 1999 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar independiente. | 1 | Inspección Dindal, | 320691 7108 | 130302 | carolina murcia |
| 3 | Luz Marina Perez Triana | 1 | 52473300 | 1 | 2 | 24-03 1975 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | independiente. | 1 | Inspección Dindal | 317575 8267 | 130302 | Luz Marina |
| 4 | Miguel Angel Perez Barragan | 1 | 80322873 | 1 | 1 | 23-09 1972 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | independiente | 1 | Inspección Dindal, | 317575 8267 | 130302 | Miguel Perez |
| 5 | Luz Marina Granados Torres | 1 | 20427302 | 1 | 2 | 24-05 1956 | 1 Sanitas | N/A | N/A | N/A | 2 | independiente. | 1 | Inspección Dindal, | 319797 7904 | 130302 | Luz marina Granados |
| 6 | Juan Rosendo Diaz Vargas | 1 | 3051268 | 1 | 1 | 09-01 1950 | 1 Sanitas | N/A | 1 | N/A | 2 | independiente | 1 | Inspección Dindal, | 319797 7904 | 130302 | NO RECIBE CARACTERIZACION PERO LA HIJA ASIGNA DATOS IMPORTANTES. |
| 7 | Martha Isabel Ortiz Bernal | 1 | 35328260 | 1 | 2 | 21-04 1960 | 2 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal, | 317282 7593 | 130302 | |
| 8 | Hector Dario Franco Orduña | 1 | 19164067 | 1 | 1 | 01-12 1951 | 2 famisanar | N/A | (N/A) | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal, | 317282 7593 | 130302 | |
| 9 | Leonor Bernal de Ortiz | 1 | 41470204 | 1 | 2 | 18-02 1942 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 317809 0707 | 130302 | |
| 10 | Nancy Aleida Triana Triana | 1 | 39759420 | 1 | 2 | 04-04 1970 | 2 Salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal. | 311274 7599 | 130302 | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 — 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterización Familiar.

3. MUNICIPIO: Tapanqui- Cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspección Dindal

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Hamaguta

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071581000 | Firma: Maritza M.L.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (v ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4 Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables | EMBARAZADA (1.Si 2. No | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Pompeyo Triana Palacios | 1 | 307 757 | 1 | 1 | 31-01 1940 | 1 Sanitas | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 311 274 7599 | 130302 | Pompeyo Triana |
| 2 | Manisela Triana | 1 | 20431189 | 1 | 2 | 24-09 1952 | 1 Sanitas. | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 311 274 7599 | 130302 | Manisela Triana |
| 3 | Esther Julia Pineda Magaga | 1 | 20431225 | 1 | 2 | 14-07 1955 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | No tiene | 130302 | - |
| 4 | Maria Lilia Malpecha Pineda | 1 | 39813402 | 1 | 2 | 23-06 1982 | 2 salud total | N/A | 2/5 | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | No tiene | 130302 | Maria Lilia |
| 5 | Ricardo Triana Bohorquez | 1 | 80322237 | 1 | 1 | 4-09 1973 | 1 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal | 313944 95-66 | 130302 | - |
| 6 | Sbria Ines Diaz Granados | 1 | 39813297 | 1 | 2 | 07-06 1980 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | independiente | 1 | Inspección Dindal | 323495 7545 | 130302 | |
| 7 | Nicole Saray Bueno Diaz | 1 | 1028300045 | 1 | 2 | 27-07 2009 | 2 salud total. | N/A | N/A | N/A | 2 | independiente | 1 | Inspección Dindal | 314406 3527 | 130302 | |
| 8 | Katherine Castaneda Anzola | 1 | 1071578904 | 1 | 2 | 28-11 2005 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 1 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 311473 6842 | 130302 | Katherine Castañeda. |
| 9 | Luis Miguel Murcia Ramirez | 1 | 1071580361 | 1 | 1 | 26-06 1993 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | oficios varios | 1 | Inspección Dindal | 320225 7834 | 130302. | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 19-02-2026 – 15-03-2026 | 2. TEMÁTICA: AIEPI

3. MUNICIPIO: Tapanapi - cundinamarca. | 4. LUGAR: Inspección Dindal

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Marroquín.

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 1071581000 | Firma: Maritza. M.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN: TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN: N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante, 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables | EMBARAZADA (1.SI 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Alison Michelle Castiblanco Ramirez | 3 | 1016736740 | 1 | 2 | 11-01 2025 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal. | 312 267 4410 | 130302 | |
| 2 | Iyan Nicolas Melo Vera | 3 | 1071581834 | 1 | 1 | 26-04 2021 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | 1 | Inspección Dindal | 315481 3609 | 130302 | Luisa Vera |
| 3 | Esteban Adrian Perdomo Garzón | 2 | 1054566956 | 1 | 1 | 22-02 2015 | 2 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | 1 | Inspección Dindal, | 322812 6165 | 130302 | |
| 4 | Maria Celeste Martin Ramos. | 3 | 1072353830 | 1 | 2 | 09-07 2023 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Inspección Dindal | 3519 8570 | 130302 | |
| 5 | Emily Real Veracura. | 1 | 1071581309 | 1 | 2 | 14-02 2016 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | 1 | Inspección Dindal | 311622 3898 | 130302 | Leidy Lucia |
| 6 | Dilan camilo Ibañez Triana | 3 | 1072763128 | 1 | 1 | 18-04 2019 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | 1 | Inspección Dindal | 316482 4958 | 130302 | Yaileth Triana |
| 7 | Emily Sharit Reyes Sierra | 2 | 1023413882 | 1 | 2 | 24-02 2018 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | 1 | Inspección Dindal | 317816 6723 | 130302 | Yuliana Sierra |
| 8 | Juan David Losada Dorado | 2 | 1077976245 | 1 | 1 | 13-01 2017 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | 1 | Inspección Dindal | 317021 4167 | 130302 | Leidy C. |
| 9 | Yarol samuel Delgado Nuria | 1 | 1071581241 | 1 | 1 | 14-10 2015 | 2 compensar | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | 1 | Inspección Dindal | 320691 7108 | 130302 | Carolina Norca |
| 10 | Thoel Zamuel Ramirez Ramirez | 2 | 1070991053 | 1 | 1 | 11-04 2018 | 2 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Inspección Dindal. | 316269 6812 | 130302 | natalia Ramirez Rangel |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-053
Versión: 07
Fecha de aplicación: / Enero / 2019

Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

## DATOS BÁSICOS

1.5 G

INSTITUCIÓN: Inspección Dindal
VEREDA O: Inspección Dindal
TIPO DE USUARIO: C V P F NO AFILIADO
MUNICIPIO: Cupiagua
ASEGURADOR: Salud total
Educación en Aseguramiento: SI NO
NOMBRES Y APELLIDOS: Emily Paola Vergara
Caracterización en Aseguramiento: SI NO
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 14/01/2016
EDAD: AÑOS 10 MESES DIAS
MENOR ESCOLARIZADO: SI NO NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 3ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO
CUAL?
Educación en entorno escolar: SI NO
Caracterización educación: SI
SEXO / GÉNERO: HOMBRE | MUJER | INTERSEXUAL | TRANSGENERO | NO APLICA
RC TI
MENOR SIN IDENTIFICACIÓN
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO CUAL?
NÚMERO: 1071581309
Educación en identificación: SI NO
Caracterización por identificación: SI NO
PROCEDENCIA: URBANA RURAL RURAL DISPERSO CENTRO POBLADO

## TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI
POBLACIÓN VULNERABLE: SI NO
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI NO
PALENQUERO, ROM/GITANO, AFRO, RAIZAL, NEGRO, INDIGENA, OTRO — CUAL?
VICTIMA CONFLICTO ARMADO, DESMOVILIZADO, INMIGRANTE, OTRO — CUAL?
VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (extremidades, movilidad y/o tensión)
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas se ven afectadas, alteración y/o pérdida del aprendizaje
MENTAL: son las que incluyen relaciones con las restricciones en procesos psicosociales
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas
CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO
CON DEFICIENCIAS MULTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI NO
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Leidy Vergara
PARENTESCO: Madre
DIRECCIÓN: Inspección Dindal
TELEFONO: 3116223898

## VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGUN CORRESPONDA

### IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI NO NO ATIENDE
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI NO NO ATIENDE
VOMITA TODO: SI NO
CONVULSIONES: SI NO
INCONSCIENTE / LETÁRGICO: SI NO
Educación en Signos Generales de Peligro: SI NO
Canalización en Signos Generales de Peligro: SI NO

### SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0 1 2 3 4 o mas
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA CEPILLO ENJUAGUE GASA
SEDA CUANTAS VECES 1 2 3 4 o mas
OTRO, CUAL?
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI NO

RECUERDE
*Remocion de placa bacteriana semestral a partir del 1 año hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (segun criterio)
*Consultas de Odontologia Semestral a partir de los 6 meses de edad
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)

Educación en Salud Bucal: SI NO
Canalización en Salud Bucal: SI

### INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?
N° DE DIAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES SUPRAESTERNALES)
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR
N# DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?
¿PERDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

| | |
|---|---|
| MENOR DE 2 MESES | Normal de 20 a 60 |
| DE 2 MESES A 11 MESES | Normal de 20 a 50 |
| DE 12 MESES A 5 AÑOS | Normal de 20 a 40 |
| DE 6 AÑOS A 8 AÑOS | Normal de 20 a 30 |

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA

Educación en IRA-TB-COVID19: SI NO
Canalización en IRA-TB-COVID19: SI

### ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA?

| PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN | SI | NO |
|---|---|---|
| BOCA SECA | SI | NO |
| FONTANELA HUNDIDA | SI | NO |
| BEBE AVIDAMENTE | SI | NO |
| PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG | SI | NO |

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SI NEDA Y/O VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA

Educación en EDA: SI NO
Canalización en EDA: SI

### FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia)

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS
* FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS

Educación en FIEBRE: SI NO
Canalización en FIEBRE: SI



### DENGUE

VIVE O VISITO ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES
TIENE DEPOSITOS DE AGUA
A. SIN TAPA
B. CON PRESENCIA DE LARVAS
C. MENOR DUERME BAJO TOLDILLO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS:
DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, encia o deposiciones)

Educación en DENGUE: SI NO
Canalización en DENGUE: SI

### LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVITUCIÓN
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:
REDONDEADAS
BORDES ABULTADOS
CENTRO GRANULOMATOSO
LESIONES NODULARES
LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNOSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS: SI NO
Canalización en LEISHMANIASIS: SI NO

### CHAGAS

¿SABE QUE ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS?
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN EL INTERIOR O EN SUS ALREDEDORES?
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS?

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI NO
Canalización en CHAGAS: SI NO

### RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑO
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTROS SINTOMAS COMO VOMITO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO

Powered by CamScanner

Educación en CÁNCER INFANTIL | SI | NO

FIEBRE MAYOR A 7 DIAS | SI | NO

Canalización en CÁNCER INFANTIL | SI | NO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO?

PROBLEMAS DE OIDO

N° DE EPISODIOS PREVIOS | HACE CUANTOS DIAS | SI | NO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? | SI | NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

¿TIENE SECRECIÓN/OLOR ATRÁS DE LA OREJA | SI | NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA | SI | NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

## SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

| | | |
|---|---|---|
| PALIDEZ PALMAR | SI | NO |
| PALIDEZ CONJUNTIVAL | SI | NO |
| EDEMA | SI | NO |
| CARA DE LUNA LLENA | SI | NO |
| DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE PAÑAL) | SI | NO |
| CABELLO CON SIGNO DE BANDERA | SI | NO |
| DELGADEZ EXTREMA | SI | NO |

## NUTRICIÓN

PERIMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA | EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11,5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

## LACTANCIA MATERNA

| | | |
|---|---|---|
| ¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? | SI | NO |
| ¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | SI | NO |
| ¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | SI | NO |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | EN MESES | EN DIAS |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? | EN MESES | EN DIAS |

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN | SI | NO

¿ HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? | SI | NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA | SI | NO

| | | |
|---|---|---|
| OBESIDAD | SI | NO |
| SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO DNT | SI | NO |
| DNT | SI | NO |

Educación en Nutrición | SI | NO

Canalización por Nutrición | SI | NO

## EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACION INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA | SI | NO

### MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) | SI | NO

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre24 a 59 meses) | SI | NO

RECIBIO DESPARASITACION EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida cada 6 meses) | SI | NO

| CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA | | |
|---|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 1 MES<br>4 5 MESES | 24-29 MESES<br>3 AÑOS |
| ENFERMERIA | 2 3 MESES<br>6 8 MESES<br>9 11 MESES | 18 23 MESES<br>30-35 MESES<br>4 AÑOS |

| CONSULTAS PARA INFANCIA | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 6,8 Y 10 AÑOS |
| ENFERMERIA | 7, 9 Y 11 AÑOS |
| TAMIZAJE ANEMIA MUJERES - HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 10 Y 13 AÑOS |

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración integral de Salud (CYD) | SI | NO

Canalización Valoración integral de Salud (CYD) | SI | NO

## CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

### PAUTAS DE CRIANZA

| | | |
|---|---|---|
| ¿CONSIDERA USTED QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? | SI | NO |
| ¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJO? COMO? | | |
| JUEGO | SI | NO |
| DIALOGO | SI | NO |
| ACOMPAÑAMIENTO | SI | NO |

### RIESGO DE MALTRATO

| EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FISICAS | SI | NO |
|---|---|---|
| CICATRICES | | |
| QUEMADURAS | | |
| FRACTURAS INEXPLICABLES | | |
| QUEJAS (CRONICAS DE DOLOR | | |
| MARCAS DE MORDEDURAS | | |
| HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE | | |

| EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES | SI | NO |
|---|---|---|
| DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR | | |
| LLANTO FRECUENTE | | |
| AGRESIVO | | |
| DISTRAIDO | | |
| PASIVIDAD | | |
| DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION | | |
| TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA | | |

### RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHURINCHE O PIRÁN) | SI | NO

OTRO, CUAL? _____

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

| | | |
|---|---|---|
| DIALOGO | SI | NO |
| ESTABLECEN ACUERDOS | SI | NO |
| LOS EVITAN | SI | NO |
| GRITAN | SI | NO |
| SE GOLPEAN | SI | NO |

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor y Empleo del Tiempo Libre Motivo | SI | NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental | SI | NO

PAGINA 2 DE 3

## RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA | SI | NO

CUAL? _____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAIDAS ✓ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCION ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL? _____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS | SI | NO

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) | SI | NO

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) | SI | NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar | SI | NO

## PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACION MARQUE CON X SEGUN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS | SI | NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

| BCG | | NO |
|---|---|---|
| HEPATITIS B (Recien Nacido) | | NO |

| 2 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | | NO |
| POLIO | | NO |
| ROTAVIRUS | | NO |
| NEUMOCOCO | | NO |

| 4 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | | NO |
| POLIO | | NO |
| ROTAVIRUS | | NO |
| NEUMOCOCO | | NO |

| 6 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | | NO |
| POLIO | | NO |
| INFLUENZA | | NO |

| 7 MESES | | |
|---|---|---|
| 2da DOSIS DE INFLUENZA | | NO |

| 12 MESES | | |
|---|---|---|
| SRP (Sarampion Rubeola Paperas) | | NO |
| VARICELA | | NO |
| NEUMOCOCO | | NO |
| HEPATITIS A | | NO |

| 18 MESES | | |
|---|---|---|
| [illegible] | | NO |
| [illegible] | | NO |
| [illegible] | | NO |
| POLIO (Refuerzo) | | NO |
| [illegible] | | NO |

| 5 AÑOS | | |
|---|---|---|
| DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo) | | NO |
| POLIO | | NO |
| VARICELA (Refuerzo) | | NO |

| NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA | | |
|---|---|---|
| Virus del Papiloma Humano (VPH) (Unica Dosis) | | NO |

| COVID-19 A PARTIR DE 5 MESES | | |
|---|---|---|
| 1 a Dosis | | NO |
| 2 da Dosis | | NO |

VACUNAS ADICIONALES

| INFLUENZA ANUAL (MAYORES DE 6 MESES) | | NO |
|---|---|---|

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD | | NO

Educación en PAI | SI | NO

Canalización en PAI | SI | NO

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud | CURSO DE VIDA | CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR | EDUCACIÓN AL CUIDADOR |
|---|---|---|---|
| Promover hábitos de higiene corporal | PI-2 | ✓ | ✓ |
| Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV) | PI-2 | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa | PI-2 | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural | PI-2 | ✓ | ✓ |
| Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas | PI-2 | ✓ | ✓ |
| Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable | I | ✓ | ✓ |
| Promover el cuidado a cuidadores | I | ✓ | ✓ |
| Promover pautas de higiene del sueño | PI-2 | ✓ | ✓ |
| Promover la alimentación saludable | PI-2 | ✓ | ✓ |
| Educar en derechos sexuales | PI-2 | ✓ | ✓ |
| Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales | PI-2 | ✓ | ✓ |
| Promover el ejercicio del derecho a la salud | PI-2 | ✓ | ✓ |

CURSO DE VIDA: PI: Primera infancia | I: Infancia

OBSERVACIONES

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR [illegible] PIC

INFORMACIÓN GENERAL

CONCURRENCIA ✓

Forma de la Persona que recibe la visita: [illegible] VD

OTRO | CUAL:

PAGINA 3 DE 3

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI - Comunitaria

Código: GPDS-GSP-GPSP-FR-055
Versión: 01
Fecha de aprobación: Enero / 2019

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: H.S.B
VEREDA O: Inspección Dindal
TIPO DE USUARIO: C__ S__ P__ I__ NO AFILIADO__
FECHA DD/MM/AÑO: 03/03/2006
MUNICIPIO ASEGURADOR: Nueva EPS. Capamapi
NOMBRES Y APELLIDOS: Emily Sirani Reyes Sierra.
FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AÑO: 12/01/2017
EDAD AÑOS: 8 MESES: 0 DIAS: 7
MENOR ESCOLARIZADO: SI / NO / NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | OTRO
CUAL?
Educación en entorno escolar: NO
Caracterización educación: SI / NO
SEXO / GÉNERO: M / F / INTERSEXUAL / NO BINARIO
RC__ TI
MENOR SIN IDENTIFICACIÓN__
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO__ CUAL?__ NUMERO 1023413882
Educación en identificación: NO
Caracterización por identificación: SI / NO
PROCEDENCIA: URBANA / RURAL / RURAL DISPERSO / CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI / NO
POBLACIÓN VULNERABLE: SI / NO
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI / NO
PALENQUERO, ROM/GITANO, ARIO, RAIZAL, NEGRO, INDÍGENA, OTRO
CUAL?
VICTIMA CONFLICTO ARMADO, DESMOVILIZADO, INMIGRANTE, OTRO
CUAL?
VISUAL: Alteración visual (ciego o con baja visión)
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nervioso)
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas para entrada, elaboración y respuesta del ambiente
MENTAL: con las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas
CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI / NO
CON DEFICIENCIAS MULTIPLES (Dos o mas limitaciones): SI / NO
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Doris Liliana Sierra PARENTESCO: Madre
DIRECCIÓN: Inspección Dindal
TELEFONO: 3118166723

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE PELIGRO: SI / NO
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI / NO / NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI / NO / NO APLICA
VOMITA TODO: SI / NO
CONVULSIONES: SI / NO
INCONSCIENTE: SI / NO
LETARGICO: SI / NO
Educación en Signos Generales de Peligro: SI / NO
Canalización en Signos Generales de Peligro: SI / NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO?
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0__ 1__ 2__ 3__ 4 o más__
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA__ CEPILLO__ ENJUAGUE__ GASA__
SEDA__ CUANTAS VECES 1__ 2__ 3__ 4 o más__
OTRO, CUAL?
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI__ NO__
Educación en Salud Bucal: SI / NO

RECUERDE
*Remocion de placa bacteriana semestral a partir del 1 año hasta los 19 años
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (según criterio)
*Consultas de Odontologia Semestral a partir de los 6 meses de edad
*Aplicación de barniz de fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
Canalización en Salud Bucal: SI / NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?
N° DE DIAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS
(TIRAJES SUBCOSTALES, INTERCOSTALES, SUPRAESTERNALES)
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA
(todos: SI / NO)

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

| | |
|---|---|
| MENOR DE 2 MESES | Normal de 20 a 60 |
| DE 2 MESES A 11 MESES | Normal de 20 a 50 |
| DE 12 MESES A 5 AÑOS | Normal de 20 a 40 |
| DE 6 AÑOS A 8 AÑOS | Normal de 20 a 30 |

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI / NO
¿PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES? SI / NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI / NO
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI / NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI / NO
Educación en IRA-TB-COVID19: SI / NO
Canalización en IRA-TB-COVID19: SI / NO

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI / NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI / NO
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO? SI / NO
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI / NO

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI / NO
BOCA SECA
FONTANELA HUNDIDA
BEBE AVIDAMENTE
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI / NO
Educación en EDA: SI / NO
Canalización en EDA: SI / NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI / NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL, MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia)

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS
* FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS
Educación en FIEBRE: SI / NO
Canalización en FIEBRE: SI / NO

PAGINA 1 DE 3

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ULTIMOS 15 DIAS: SI / NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES: SI / NO
TIENE DEPÓSITOS DE AGUA: SI / NO
A. SIN TAPA
B. CON PRESENCIA DE LARVAS
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO
HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS: SI / NO
DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)
Educación en DENGUE: SI / NO
Canalización en DENGUE: SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO: SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA: SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO: SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS: SI / NO
TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN: SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA: SI / NO
LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:
REDONDEADAS
BORDES ABULTADOS
CENTRO GRANULOMATOSO
LESIONES NODULARES
LESIONES SATELITALES
TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS QUE LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNOSTICO DE MANERA PRIORITARIA
Educación en LEISHMANIASIS: SI / NO
Canalización en LEISHMANIASIS: SI / NO

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS?
¿ALGUNA VEZ UN INSECTO QUE PARECE UN ESCARABAJO GRANDE, CHINCHE O PITO, SE HA METIDO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES?
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES?
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS?
Unicamente para menores de 5 años
Educación en CHAGAS: SI / NO
Canalización en CHAGAS: SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE ALIMENTA
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@
N° DE DIAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTROS SINTOMAS COMO VOMITO
HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL N.A@
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO

Powered by CamScanner

Educación en CÁNCER INFANTIL SI NO

DEBE MAYOR A 1 DIA? SI NO

Consolidación en CÁNCER INFANTIL SI NO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO?

PROBLEMAS DE OIDO

Nº DE EPISODIOS PREVIOS

HACE CUANTOS DIAS

TIENE SUPURACIÓN DE OIDO SI NO

TUMEFACCIÓN/DOLOR ATRAS DE LA OREJA SI NO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

Consolidación en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

## SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

| | SI | NO |
|---|---|---|
| PA, OJEJ PALMAR | | |
| PALIDEZ CONJUNTIVAL | | |
| EDEMA | | |
| CARA DE LUNA LLENA | | |
| DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE PAÑAL) | | |
| CABELLO CON SIGNO DE BANDERA | | |
| DELGADEZ EXTREMA | | |

## NUTRICIÓN

PERIMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

## LACTANCIA MATERNA

| | | |
|---|---|---|
| ¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? | SI | NO |
| ¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | SI | NO |
| ¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | SI | NO |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | EN MESES | EN DIAS |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? | EN MESES | EN DIAS |

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN SI NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

| | | |
|---|---|---|
| OBESIDAD | SI | NO |
| SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO DNT | SI | NO |
| DNT | SI | NO |

Educación en Nutrición SI NO

Consolidación por Nutrición SI NO

## EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

Nº DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA SI NO

**MICRONUTRIENTES**

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) SI NO

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses) SI NO

RECIBIO DESPARASITACIÓN EN LOS ULTIMOS 6 MESES a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) SI NO

| CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA | | |
|---|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 1 MES<br>4-5 MESES | 24-29 MESES<br>3 AÑOS |
| ENFERMERIA | 2-3 MESES<br>6-8 MESES<br>9-11 MESES | 18-23 MESES<br>30-35 MESES<br>4 AÑOS |

| CONSULTAS PARA INFANCIA | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 6,8 Y 10 AÑOS |
| ENFERMERIA | 7, 9 Y 11 AÑOS |
| TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 10 Y 11 AÑOS |

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) SI NO

Consolidación Valoración Integral de Salud (CYD) SI NO

## CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

### PAUTAS DE CRIANZA

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿CONSIDERA USTED, QUE SU NIÑ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? | | |
| ¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU NIÑO? COMO? | | |
| JUEGO | | |
| DIALOGO | | |
| ACOMPAÑAMIENTO | | |

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

| | | |
|---|---|---|
| DIALOGO | | |
| ESTABLECEN ACUERDOS | | |
| LOS EVITAN | | |
| GRITAN | | |
| SE GOLPEAN | | |

### RIESGO DE MALTRATO

| EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FISICAS | SI | NO |
|---|---|---|
| CICATRICES | | |
| QUEMADURAS | | |
| FRACTURAS INESPLICABLES | | |
| QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR | | |
| MARCAS DE MORDEDURAS | | |
| HEMATOMAS SIN CAUSA APARENTE | | |

| EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES | SI | NO |
|---|---|---|
| DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR | | |
| LLANTO FRECUENTE | | |
| AGRESIVO | | |
| DISTRAIDO | | |
| PASIVIDAD | | |
| DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION | | |
| TEMOR A LOS PADRES O ALGUN MIEMBRO DE LA | | |

### RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PARIN) SI NO

OTRO, CUAL?

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre Multiple SI NO

Consolidación en Convivencia Social y Salud Mental SI NO

PAGINA 2 DE 3

## RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA SI NO

CUAL? (en instructivo)

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES

CAIDAS INTOXICACIONES QUEMADURAS ELECTROCUCIÓN ASFIXIA AHOGAMIENTO TRANSITO OTRO ¿CUAL?

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA)

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) SI NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar SI NO

## PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACION MARQUE CON X SEGÚN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SI NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

| RN | | 2 MESES | | 4 MESES | | 6 MESES | | 7 MESES | | 11 MESES O 1 AÑO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BCG (Unica Dosis) | SI NO | PENTAVALENTE | SI NO | PENTAVALENTE | SI NO | PENTAVALENTE | SI NO | 2da DOSIS DE INFLUENZA | SI NO | SRP (1a dosis) | SI NO |
| HEPATITIS B (Recien Nacido) | SI NO | POLIO | SI NO | POLIO | SI NO | POLIO | SI NO | | | VARICELA | SI NO |
| | | ROTAVIRUS | SI NO | ROTAVIRUS | SI NO | INFLUENZA | SI NO | | | NEUMOCOCO | SI NO |
| | | NEUMOCOCO | SI NO | NEUMOCOCO | SI NO | | | | | HEPATITIS A | SI NO |

| 18 MESES | | 4 AÑOS | | NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 57 AÑOS, UNICA | |
|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | SI NO | DPT (DIFTERIA, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo) | SI NO | Virus del Papiloma Humano (VPH) (Unica Dosis) | SI NO |
| | SI NO | POLIO | SI NO | | |
| | SI NO | VARICELA (refuerzo) | SI NO | | |
| | SI NO | | | | |
| | SI NO | | | | |

VACUNAS ADICIONALES

| COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES | |
|---|---|
| 1ra Dosis | SI NO |
| 2da Dosis | SI NO |

INFLUENZA ANUAL (PARA LOS 35 MESES) SI NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD SI NO

Educación en PAI SI NO

Consolidación en PAI SI NO

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud

| | CURSO DE VIDA | CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR | EDUCACIÓN AL CUIDADOR |
|---|---|---|---|
| Promover hábitos de higiene corporal | Pi-I | | |
| Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV) | Pi-I | | |
| Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa | Pi-I | | |
| Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural | Pi-I | | |
| Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas | I | | |
| Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable | I | | |
| Promover el cuidado a cuidadores | Pi-I | | |
| Promover pautas de higiene del sueño | Pi-I | | |
| Promover la alimentación saludable | Pi-I | | |
| Educar en derechos sexuales | Pi-I | | |
| Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales | Pi-I | | |
| Promover el ejercicio del derecho a la salud | Pi-I | | |

Pi: Primera infancia I: Infancia

CURSO DE VIDA

OBSERVACIONES

Madre refiere que la nena tiene un dx de Anemia la cual asiste a sus controles y citas pertinentes.

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración EVALUADO POR

CONCURRENCIA

Forma de la Persona que recibe la visita: DOMICILIO SITIO

OTRO CUAL:

PAGINA 3 DE 3

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL ESTADO SALUD DE SALUD
DIRECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Código: M-PDS-GIP-GPAI-26-333
Versión: 01
Fecha de aprobación: / Enero / 2025

Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

INSTITUCIÓN: H.S.G
VEREDA O: Inspección Dindal

## DATOS BÁSICOS

FECHA (DD/MM/AÑO): 03/03/26
TIPO DE USUARIO: C__ S__ V__ P__ I__ NO AFILIADO__
MUNICIPIO ASEGURADOR: Caparapí Famisanar

NOMBRES Y APELLIDOS: Esteban Andres Perdomo Garcon
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 22/02/2015
EDAD: AÑOS 11 MESES __ DÍAS __
MENOR ESCOLARIZADO: SI / NO / NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | SEXO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO — CUAL?
SEXO / GÉNERO: M / F / OTRO / NO APLICA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC__ TI✓ — OTRO__ CUAL?__ — NÚMERO 1054566956
MENOR SIN IDENTIFICACIÓN__
PROCEDENCIA: URBANA__ RURAL✓ RURAL DISPERSO__ CENTRO POBLADO__

Educación en Reagrupamiento | Consolidación educación | Educación en Identificación | Consolidación por identificación

## TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: PALENQUERO, ROM/GITANO, AFRO, RAIZAL, NEGRO, INDÍGENA, OTRO — CUAL?
POBLACIÓN VULNERABLE: VICTIMA CONFLICTO ARMADO, DESMOVILIZADO, INMIGRANTE, OTRO — CUÁL?
MENOR CON DISCAPACIDAD: VISUAL, MOTORA, COGNITIVA, MENTAL, AUDITIVA; CON UNA SOLA LIMITACIÓN; CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Daniela Garcon Aguilar — PARENTESCO: Madre — DIRECCIÓN: Dindal — TELEFONO 3228126165

## VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

### IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI / NO / NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI / NO / NO APLICA
VOMITA TODO: SI / NO
CONVULSIONES: SI / NO
INCONSCIENTE: SI / NO
LETÁRGICO: SI / NO
Educación en Signos Generales de Peligro | Consolidación en Signos Generales de Peligro

### SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0__ 1__ 2__ 3__ 4 o más✓
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA✓ CEPILLO✓ ENJUAGUE✓ GASA__ SEDA__ CUANTAS VECES 1__ 2__ 3__ 4 o más__ OTRO, CUAL?__
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI✓ NO__

RECUERDE
*Remocion de placa bacteriana: semestral a partir del 1 año hasta los 19 años.
*Aplicación de selantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (según criterio)
*Consultas de Odontologia Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)

Educación en Salud Bucal | Consolidación en Salud Bucal

### INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI / NO
N° DE DIAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI / NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS: SI / NO
TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES SUPRAESTERNALES): SI / NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI / NO
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI / NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI / NO
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI / NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI / NO
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI / NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI / NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

| | |
|---|---|
| MENOR DE 2 MESES: | Normal de 20 a 60 |
| DE 2 MESES A 11 MESES: | Normal de 20 a 50 |
| DE 12 MESES A 5 AÑOS | Normal de 20 a 40 |
| DE 6 AÑOS A 8 AÑOS | Normal de 20 a 30 |

Educación en IRA-TB-COVID19 | Consolidación en IRA-TB-COVID19

### ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACIÓN (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI / NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI / NO
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO? SI / NO
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI / NO

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN — SI / NO
BOCA SECA: SI / NO
FONTANELA HUNDIDA: SI / NO
BEBE AVIDAMENTE: SI / NO
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG: SI / NO

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACION
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI / NO

Educación en EDA | Consolidación en EDA

### FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI / NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES: SI / NO
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS: SI / NO
FIEBRE DE DIAS( CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia): SI / NO

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS
* FIEBRE DE DIAS( CONTROL MAYOR A 3 DIAS

Educación en FIEBRE | Consolidación en FIEBRE

PÁGINA 1 DE 3

### DENGUE

VIVE O VISITO ZONA ENDÉMICA EN LOS ULTIMOS 15 DIAS: SI / NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES: SI / NO
TIENE DEPOSITOS DE AGUA: SI / NO
A. SIN TAPA
B. CON PRESENCIA DE LARVAS
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO: SI / NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS: SI / NO
DOLOR RETRO OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, oral o deposición)

Educación en DENGUE | Consolidación en DENGUE

### LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO: SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA: SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO: SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS: SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN: SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA: SI / NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:
REDONDEADAS
BORDES ABULTADOS
CENTRO GRANULOMATOSO
LESIONES NODULARES
LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNÓSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS | Consolidación en LEISHMANIASIS

### CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO
¿CONOCE EL INSECTO QUE TRANSMITE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (CHINCHE, CHIPO O PITO)? SI / NO
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI / NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS | Consolidación en CHAGAS

### RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA: SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑO: SI / NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTROS SINTOMAS COMO VOMITO: SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES: SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑO: SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO: SI / NO
EN LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y: SI / NO

Powered by CamScanner

## PROBLEMAS DE OIDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO?

N° DE EPISODIOS PREVIOS: ____ HACE CUANTOS DIAS: ____

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO?

Educación en PROBLEMAS DE OIDO

## NUTRICIÓN

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

| | |
|---|---|
| PALIDEZ PALMAR | |
| PALIDEZ CONJUNTIVAL | |
| EDEMA | |
| CARA DE LUNA LLENA | |
| DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL TARDIA DE PAÑAL | |
| CABELLO CON SIGNO DE BANDERA | |
| DELGADEZ EXTREMA | |

PERIMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA: ____ EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

## LACTANCIA MATERNA

| | | |
|---|---|---|
| ¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? | | |
| ¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | | |
| ¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | | |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | EN MESES | EN DIAS |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? | EN MESES | EN DIAS |

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN

## ¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION?

| | |
|---|---|
| OBESIDAD | |
| SOBREPESO | |
| RIESGO SOBREPESO | |
| RIESGO DNT | |
| DNT | |

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA

Educación en Nutrición

Canalización por Nutrición

## EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO:

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA

### MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses)

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses)

RECIBIO DESPARASITACION EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses)

| CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA | | |
|---|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 1 MES | 24-29 MESES |
| | 4-5 MESES | 3 AÑOS |
| ENFERMERIA | 2-3 MESES | 18-23 MESES |
| | 6-8 MESES | 30-35 MESES |
| | 9-11 MESES | 4 AÑOS |

| CONSULTAS PARA INFANCIA | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 5, 8 Y 10 AÑOS |
| ENFERMERIA | 7, 9 Y 11 AÑOS |
| TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 10 Y 13 AÑOS |

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD)

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD)

## CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

### PAUTAS DE CRIANZA

| | | |
|---|---|---|
| ¿CONSIDERA USTED QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? | | |
| ¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJO? COMO? | | |
| JUEGO | | |
| DIALOGO | | |
| ACOMPAÑAMIENTO | | |

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

| | | |
|---|---|---|
| DIALOGO | | |
| ESTABLECEN ACUERDOS | | |
| LOS EVITAN | | |
| GRITAN | | |
| SE GOLPEAN | | |

### RIESGO DE MALTRATO

| EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FISICAS: | | |
|---|---|---|
| CICATRICES | | |
| QUEMADURAS | | |
| FRACTURAS INEXPLICABLES | | |
| QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR | | |
| MARCAS DE MORDEDURAS | | |
| HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE | | |

| EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES | | |
|---|---|---|
| DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR | | |
| LLANTO FRECUENTE | | |
| AGRESIVO | | |
| DISTRAIDO | | |
| PASIVIDAD | | |
| DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION | | |
| TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA | | |

### RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRIRI)

OTRO, CUAL?_____

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza Cuidados Generales del Menor y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental



## RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA

CUAL?_____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES

CAIDAS ✓ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ (CUAL?_____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA)

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA)

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar

## PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CONTRA LA EDAD CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

| AL NACER | 2 MESES | 4 MESES | 6 MESES | 7 MESES | 12 MESES O 1 AÑO |
|---|---|---|---|---|---|
| BCG (Unica Dosis) | PENTAVALENTE | PENTAVALENTE | PENTAVALENTE | 2da DOSIS DE INFLUENZA | SRP (Sarampión Rubeola Parotiditis) |
| HEPATITIS B (Recien Nacido) | POLIO | POLIO | POLIO | | VARICELA |
| | ROTAVIRUS | ROTAVIRUS | INFLUENZA | | NEUMOCOCO |
| | NEUMOCOCO | NEUMOCOCO | | | HEPATITIS A |

| 18 MESES | 5 AÑOS | NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA |
|---|---|---|
| DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Refuerzo) Refuerzo | DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Refuerzo) Refuerzo | Virus del Papiloma Humano (VPH) (Dosis Dosis) |
| POLIO | POLIO | |
| VARICELA Refuerzo | VARICELA Refuerzo | |

### VACUNAS ADICIONALES

| COVID-19 A PARTIR DE 5 MESES | |
|---|---|
| 1ra Dosis | |
| 2da Dosis | |

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES)

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD

Educación en PAI

Canalización en PAI

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud | CURSO DE VIDA | CONOCIMIENTO EN EL TEMA CUIDADOR | EDUCACIÓN AL CUIDADOR |
|---|---|---|---|
| Promover hábitos de higiene corporal | PI | ✓ | ✓ |
| Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV) | PI | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa | PI | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud y el goce visual y postural | PI | ✓ | ✓ |
| Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas | PI | ✓ | ✓ |
| Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable | I | ✓ | ✓ |
| Promover el cuidado a cuidadores | I | ✓ | ✓ |
| Promover pautas de higiene del sueño | PI | ✓ | ✓ |
| Promover la alimentación saludable | PI | ✓ | ✓ |
| Educar en derechos sexuales | PI | ✓ | ✓ |
| Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales | PI | ✓ | ✓ |
| Promover el ejercicio del derecho a la salud | PI | ✓ | ✓ |

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor aun no se encuentra estudiando ya quese cambiaron de Vereda y la acudiente no aretirado los papeles de la escuela.

## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: _____ Fecha de la Persona que recibe la visita: _____

EVALUADO POR

PIC ____ CONCURRENCIA ✓ OTRO ____ CUAL _____



Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

E.S.E. HSJG

Inspección Dindal

Harold Samuel Delgado Murcia

Carolina Murcia — Madre

Inspección Dindal

1021381249

3220681708

Powered by CamScanner

Educación en CÁNCER INFANTIL SI NO

Canalización en CÁNCER INFANTIL SI NO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO?

N° DE EPISODIOS PREVIOS HACE CUANTOS DIAS

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO?

Educación en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

PROBLEMAS DE OIDO

TIENE ALGUN DOLOR A TRAVES DE LA OREJA SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

| | | |
|---|---|---|
| PALIDEZ PALMAR | SI | NO |
| PALIDEZ CONJUNTIVAL | SI | NO |
| EDEMA | SI | NO |
| CARA DE LUNA LLENA | SI | NO |
| DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (ARPA DE PAÑAL, CARELLUTO EN SIGNO DE BANDERA | SI | NO |
| DELGADEZ EXTREMA | SI | NO |

NUTRICIÓN

PERIMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

LACTANCIA MATERNA

| | | |
|---|---|---|
| ¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? | SI | NO |
| ¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | SI | NO |
| ¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | SI | NO |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | EN MESES | |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? | EN MESES | |
| | EN DIAS | |
| | EN DIAS | |

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN SI NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

| | | |
|---|---|---|
| OBESIDAD | SI | NO |
| SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO DNT | SI | NO |
| DNT | SI | NO |

Educación en Nutrición SI NO

Canalización por Nutrición SI NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA SI NO

MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) SI NO

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses) SI NO

RECIBIO DESPARASITACIÓN EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) SI NO

| CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA | | |
|---|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 1 MES<br>4-5 MESES | 24-29 MESES<br>3 AÑOS |
| ENFERMERIA | 2-3 MESES<br>6-8 MESES<br>9-11 MESES | 18-23 MESES<br>30-35 MESES<br>4 AÑOS |

| CONSULTAS PARA INFANCIA | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 6 A 9 10 AÑOS |
| ENFERMERIA | 7, 9 Y 11 AÑOS |
| TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 10 Y 11 AÑOS |

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) SI NO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) SI NO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

| | | |
|---|---|---|
| ¿CONSIDERA USTED QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? | SI | NO |
| ¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJO? COMO? | | NO |
| JUEGO | | NO |
| DIALOGO | | NO |
| ACOMPAÑAMIENTO | | NO |

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

| | | |
|---|---|---|
| DIALOGO | | NO |
| ESTABLECEN ACUERDOS | | NO |
| LOS EVITAN | | NO |
| GRITAN | SI | |
| SE GOLPEAN | SI | |

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato SI NO

RIESGO DE MALTRATO

| EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FISICAS | SI | NO |
|---|---|---|
| CICATRICES | | |
| QUEMADURAS | | |
| FRACTURAS INEXPLICABLES | | |
| QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR | | |
| MARCAS DE MORDEDURAS | | |
| HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE | | |

| EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES | SI | NO |
|---|---|---|
| DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR | | |
| LLANTO FRECUENTE | | |
| AGRESIVO | | |
| DISTRAIDO | | |
| PASIVIDAD | | |
| DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION | | |
| TEMOR A LOS PADRES O ALGUN MIEMBRO DE LA | | |

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental SI NO

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRIRIN) SI NO

OTRO, CUAL? _____

PAGINA 2 DE 3

RIESGO DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DE SU ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA NO

CUAL? _____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAIDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ (CUAL)? _____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) SI NO

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) SI NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar SI NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CONFORME A SEGUN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SI NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

| RN | | |
|---|---|---|
| BCG (UNICA DOSIS) | SI | NO |
| HEPATITIS B (RECIEN NACIDO) | SI | NO |

| 2 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | | NO |
| POLIO | | NO |
| ROTAVIRUS | | NO |
| NEUMOCOCO | | NO |

| 4 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | | NO |
| POLIO | | NO |
| ROTAVIRUS | | NO |
| NEUMOCOCO | | NO |

| 6 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | | NO |
| POLIO | | NO |
| INFLUENZA | | NO |

| 7 MESES | | |
|---|---|---|
| DOS DOSIS DE INFLUENZA | | NO |

| 12 MESES O 1 AÑO | | |
|---|---|---|
| TRIPLE VIRAL | | NO |
| VARICELA | | NO |
| NEUMOCOCO | | NO |
| HEPATITIS A | | NO |

| 18 MESES | | |
|---|---|---|
| DPT (DIFTERIA, TETANOS, TOSFERINA) (REFUERZO INFANTIL) | | NO |
| POLIO | | NO |
| VARICELA REFUERZO | SI | NO |

| 5 AÑOS | | |
|---|---|---|
| DPT (DIFTERIA, TETANOS, TOSFERINA) (REFUERZO INFANTIL) | | NO |
| POLIO | | NO |
| VARICELA REFUERZO | SI | NO |

| NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA | | |
|---|---|---|
| Virus del Papiloma Humano (VPH) (UNICA DOSIS) | | NO |

| COVID 19 A PARTIR DE 6 MESES | | |
|---|---|---|
| 1a Dosis | | NO |
| 2da Dosis | | NO |

VACUNAS ADICIONALES

| | | |
|---|---|---|
| INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES) | SI | NO |

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD SI NO

Educación en PAI SI NO

Canalización en PAI SI NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud | CURSO DE VIDA | CONOCIMIENTO EN EL TEMA CUIDADOR | EDUCACIÓN AL CUIDADOR |
|---|---|---|---|
| Promover hábitos de higiene corporal | PI-I | | |
| Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV) | PI-I | | |
| Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa | PI-I | | |
| Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural | PI-I | | |
| Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas | PI-I | | |
| Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable | I | | |
| Promover el cuidado al cuidador(a) | I | | |
| Promover pautas de higiene del sueño | PI-I | | |
| Promover la alimentación saludable | PI-I | | |
| Educar en derechos sexuales | PI-I | | |
| Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales | PI-I | | |
| Promover prácticas del derecho a la salud | PI-I | | |

CURSO DE VIDA PI: Primera infancia I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor con esquema de vacunación acorde a la edad escolarizado y con acompañamiento de la Madre.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien recibe la valoración: _____ Firma de la Persona que recibe la visita _____

EVALUADO POR _____ PIC _____ CONCUBINARIA ☐ OTRO ☐ CUAL: _____

PAGINA 3 DE 3

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Fecha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

Código: GS-FOR-GDS-PR-003
Versión: 01
Fecha de aprobación: /marzo/2015

## DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: E.S.E. H.S.S.
VEREDA: Inspección Oriental
FECHA DD/MM/AÑOS: 11-03-26
MUNICIPIO ATENDIDO: Carupa
ASEGURADOR: Famisanar
TIPO DE USUARIO: C__ S__ P__ I__ NO AFILIADO
Caracterización en Aseguramiento: SI / NO
NOMBRES Y APELLIDOS: Jhoel Samuel Rincón R.
FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AÑOS: 11-04-18
EDAD AÑOS: 7 MESES: ___ DÍAS: ___
Vacunación en Aseguramiento: SI / NO
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO
CURSO: ___
MENOR ESCOLARIZADO: SI / NO / NO APLICA
Caracterización educación: SI / NO
Educación en entorno escolar: SI / NO
SEXO / GÉNERO: MUJER | HOMBRE | INTERSEXUAL | TRANSGÉNERO | NO APLICA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC__ TI__ MENOR SIN IDENTIFICACIÓN___ OTRO___ CUÁL?___ NÚMERO: 1070991053
Educación en identificación: SI / NO
Caracterización por identificación: SI / NO
PROCEDENCIA: URBANA ___ RURAL ___ RURAL DISPERSO ___ CENTRO POBLADO ___

## TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI / NO
POBLACIÓN VULNERABLE: SI / NO
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI / NO
PALENQUERO, ROM/GITANO, AFRO, RAIZAL, NEGRO, INDÍGENA, OTRO — CUÁL? ___
VÍCTIMA CONFLICTO ARMADO, DESMOVILIZADO, INMIGRANTE, OTRO
VISUAL: (ceguera total (ninguna percepción visual) o con baja visión)
MOTORA: (relacionado con la alteración motriz (extremidades superiores y/o inferiores))
COGNITIVA: (dificultad de las funciones cognitivas en una entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje)
MENTAL: (con las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales)
AUDITIVA: (Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas)
CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI / NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES (Dos o mas limitaciones): SI / NO
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Natalia Ramirez PARENTESCO: Madre
DIRECCIÓN: Inspección Oriental TELÉFONO: (3206) 3162876912

## VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO SEGÚN CORRESPONDA

### IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI / NO
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI / NO / NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI / NO / NO APLICA
VOMITA TODO: SI / NO
CONVULSIONES: SI / NO
INCONSCIENTE: SI / NO
LETÁRGICO: SI / NO
Educación en Signos Generales de Peligro: SI / NO
Caracterización en Signos Generales de Peligro: SI / NO

### SALUD BUCAL

¿Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 o más ___
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA ___ CEPILLO ___ ENJUAGUE ___ GASA ___
SEDA ___ CUANTAS VECES 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 o más ___
OTRO, CUAL? ___
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI ___ NO ___

**RECUERDE**

*Remocion de placa bacteriana: semestral a partir del 1 año hasta los 19 años
*Aplicación de sellantes a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (según criterio)
*Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)

Educación en Salud Bucal: SI / NO
Caracterización en Salud Bucal: SI / NO

### INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI / NO
Nº DE DIAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI / NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES, INTERCOSTALES, SUPRAESTERNALES) SI / NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI / NO
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI / NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI / NO
(PERDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES) SI / NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI / NO
¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI / NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI / NO / NO APLICA

**PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD**

| | |
|---|---|
| MENOR DE 2 MESES | Normal de 30 a 60 |
| DE 2 MESES A 11 MESES | Normal de 20 a 50 |
| DE 12 MESES A 5 AÑOS | Normal de 20 a 40 |
| DE 6 AÑOS A 8 AÑOS | Normal de 20 a 30 |

Educación en IRA-TB-COVID19: SI / NO
Caracterización en IRA-TB-COVID19: SI / NO

### ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACIÓN (DH)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI / NO
Nº DE DIAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI / NO
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI / NO

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI / NO
BOCA SECA
FONTANELA HUNDIDA
BEBE AVIDAMENTE
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACION SIN EDA Y SIN VOMITO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI / NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI / NO
Educación en EDA: SI / NO
Caracterización en EDA: SI / NO

### FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI / NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 6 MESES SI / NO
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI / NO
FIEBRE DE DIAS CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI / NO

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS
* FIEBRE DE DIAS CONTROL MAYOR A 3 DIAS

Educación en FIEBRE: SI / NO
Caracterización en FIEBRE: SI / NO

### PAQUETE

### DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ULTIMOS 15 DIAS SI / NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SURRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI / NO
TIENE DEPOSITOS DE AGUA SI / NO
A. SIN TAPA SI / NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS SI / NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO SI / NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI / NO
DOLOR RETRO OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, gingival o hepatomegalia)

Educación en DENGUE: SI / NO
Caracterización en DENGUE: SI / NO

### LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ULTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MAS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA SI / NO

LAS LESIONES CUTANEAS SON:
REDONDEADAS
BORDES ABULTADOS
CENTRO GRANULOMATOSO
LESIONES NODULARES
LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNÓSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS: SI / NO
Caracterización en LEISHMANIASIS: SI / NO

### CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO
¿CONOCE EL INSECTO QUE TRANSMITE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (CHIPO, CHIPIRE)? SI / NO
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI / NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO

Únicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI / NO
Caracterización en CHAGAS: SI / NO

### RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ SI / NO
Nº DE DIAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTROS SÍNTOMAS COMO VOMITO SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI / NO
EN LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO? SI / NO

Powered by CamScanner

Educación en CANCER INFANTIL | SI | NO

Canalización en CANCER INFANTIL | SI | NO

## PROBLEMAS DE OIDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO? | SI | NO

TIENE SUPURACION DE OIDO | SI | NO

Nº DE EPISODIOS PREVIOS

HACE CUANTOS DIAS

TUMEFACCION DETRAS DE LA OREJA | SI | NO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? | SI | NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA | SI | NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

## NUTRICIÓN

### SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

| | | |
|---|---|---|
| PALIDEZ PALMAR | SI | NO |
| PALIDEZ CONJUNTIVAL | SI | NO |
| EDEMA | SI | NO |
| CARA DE LUNA LLENA | SI | NO |
| DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (ARLA DE PAÑAL | SI | NO |
| CABELLO CON SIGNO DE BANDERA | SI | NO |
| DELGADEZ EXTREMA | SI | NO |

PERIMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA ____ * EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL EL 5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

### LACTANCIA MATERNA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? | SI | NO | |
| ¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | SI | NO | |
| ¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | SI | NO | |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | | EN MESES | EN DIAS |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? | | EN MESES | EN DIAS |

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN | SI | NO

¿ HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? | SI | NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA | SI | NO

| | | |
|---|---|---|
| OBESIDAD | SI | NO |
| SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO DNT | SI | NO |
| DNT | SI | NO |

Educación en Nutricion | SI | NO

Canalizacion por Nutricion | SI | NO

## EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

Nº DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA | SI | NO

### MICRONUTRIENTES

| | | |
|---|---|---|
| EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) | SI | NO |
| EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses) | SI | NO |
| RECIBIO DESPARASITACIÓN EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) | SI | NO |

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) | SI | NO

**CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA**

| | | |
|---|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 1 MES | 24 29 MESES |
| | 4 5 MESES | 3 AÑOS |
| ENFERMERIA | 2 3 MESES | 18 23 MESES |
| | 6 8 MESES | 30 35 MESES |
| | 9 11 MESES | 4 AÑOS |

**CONSULTAS PARA INFANCIA**

| | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 6,8 Y 10 AÑOS |
| ENFERMERIA | 7, 9 Y 11 AÑOS |
| TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 10 Y 13 AÑOS |

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) | SI | NO

## CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

### PAUTAS DE CRIANZA

| | | |
|---|---|---|
| ¿CONSIDERA USTED, QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? | | NO |
| ¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJ@? COMO? | | NO |
| JUEGO | | NO |
| DIALOGO | | NO |
| ACOMPAÑAMIENTO | | NO |

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

| | | |
|---|---|---|
| DIALOGO | | NO |
| ESTABLECEN ACUERDOS | | NO |
| LOS EVITAN | | NO |
| GRITAN | SI | NO |
| SE GOLPEAN | SI | NO |

### RIESGO DE MALTRATO

| EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FISICAS | SI | NO |
|---|---|---|
| CICATRICES | | |
| QUEMADURAS | | |
| FRACTURAS INEXPLICABLES | | |
| QUEJAS CRONICAS DE DOLOR | | |
| MARCAS DE MORDEDURAS | | |
| HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE | | |

| EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES | SI | NO |
|---|---|---|
| DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR | | |
| LLANTO FRECUENTE | | |
| AGRESIVO | | |
| DISTRAIDO | | |
| PASIVIDAD | | |
| DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION | | |
| TEMOR A LOS PADRES O ALGUN MIEMBRO DE LA | | |

### RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHAMICHE O PARIN) | SI | NO

OTRO, CUAL? _____

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato | SI | NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental | SI | NO



## RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA | SI | NO

CUAL? _____ (en relativo)

CAIDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL? _____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES

| | | |
|---|---|---|
| EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS | SI | NO |
| EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) | SI | NO |

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) | SI | NO

Educacion en Riesgos de Accidentes en el Hogar | SI | NO

## PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACION MARQUE CON EL SIGNO CORRESPONDA

| CUENTA CON CARNET DE VACUNAS | | NO |
|---|---|---|

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

| BCG (Única Dosis) | | NO |
|---|---|---|
| HEPATITIS B (Recien Nacido) | | NO |

| 2 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | | NO |
| POLIO | | NO |
| ROTAVIRUS | | NO |
| NEUMOCOCO | | NO |

| 4 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | | NO |
| POLIO | | NO |
| ROTAVIRUS | | NO |
| NEUMOCOCO | | NO |

| 6 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | | NO |
| POLIO | | NO |
| INFLUENZA | | NO |

| 7 MESES | | |
|---|---|---|
| 2do DOSIS DE INFLUENZA | | NO |

| 12MESES O 1 AÑO | | |
|---|---|---|
| TRIPLE VIRAL | | NO |
| VARICELA | | NO |
| NEUMOCOCO | SI | NO |
| HEPATITIS A | | NO |

| 18 MESES | | |
|---|---|---|
| DPT (Difteria Tetanos, Tos ferina) refuerzo | | NO |
| POLIO (Refuerzo) | | NO |
| VARICELA (refuerzo) | | NO |

| 5 AÑOS | | |
|---|---|---|
| DPT (Difteria Tetanos, Tos ferina) (Segundo Refuerzo) | | NO |
| POLIO (Refuerzo) | | NO |

| NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA | | |
|---|---|---|
| Virus del Papiloma Humano (VPH) (Única Dosis) | SI | NO |

| COVID-19 A PARTIR DE 5 MESES | | |
|---|---|---|
| 1a Dosis | | NO |
| 2da Dosis | | NO |

VACUNAS ADICIONALES

| INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES) | | NO |
|---|---|---|

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD | | NO

Educación en PAI | SI | NO

Canalización en PAI | SI | NO

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| Promover la adopción de practicas de cuidado para la salud | CURSO DE VIDA | CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR | EDUCACIÓN AL CUIDADOR |
|---|---|---|---|
| Promover habitos de higiene corporal | PI-1 | | |
| Educar para la protección de las practicas nocivas del cambio climatico (Protección solar, consumo de liquidos, disminución de exposición a rayos UV) | PI-2 | | |
| Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa | PI-3 | | |
| Educar para mantener la salud y ergonomia visual y postural | PI-4 | | |
| Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas | PI-5 | | |
| Educar par a la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable | I | | |
| Promover el cuidado a cuidadores | PI-1 | | |
| Promover pautas de higiene del sueño | PI-2 | | |
| Promover la alimentación saludable | PI-3 | | |
| Educar en derechos sexuales | PI-4 | | |
| Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales | PI-5 | | |
| Promover el ejercicio del derecho a la salud | | | |

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

## OBSERVACIONES

## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien recibe la valoración: _____ Firma de la Persona que recibe la visita: _____

EVALUADO POR: _____ PIC ____ CONCURRENCIA ____ OTRO ____ CUAL: _____



Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE LA SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Ficha de la Estrategia Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

Código: M-PDS-GSP-GAIEPI-001
Versión: 07
Fecha de aprobación: Enero / 2025

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: H.56
VEREDA C: Inspección Dindal
FECHA (DD/MM/AÑO): 03/03/26
TIPO DE USUARIO: C__ S__ P__ E__ NO AFILIADO__
MUNICIPIO ASEGURADOR: Caparrapí Nueva EPS
NOMBRES Y APELLIDOS: Justin David Losada Colorado
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 13/01/2017
EDAD: AÑOS 9 MESES ___ DÍAS ___
MENOR ESCOLARIZADO: SI ___ NO ___ NO APLICA ___
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS ___ 1ERO ___ 2DO ___ 3ERO ___ 4TO ___ 5TO ___ 6TO ___ OTRO ___ CUÁL? ___
Educación en entorno escolar: SI ___ NO ___
Consolidación educación: SI ___ NO ___
SEXO / GÉNERO: Mujer ___ Hombre ✓ Intersexual ___ Transgénero ___ No binario ___
BC__ TI ✓
MENOR SIN IDENTIFICACIÓN___
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO___ CUÁL?___ NÚMERO 1077976248
Educación en identificación: SI ___ NO ___
Consolidación por identificación: SI ✓
PROCEDENCIA: URBANA ___ RURAL ✓ RURAL DISPERSO ___ CENTRO POBLADO ___

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI ___ NO ✓
POBLACIÓN VULNERABLE: SI ___ NO ✓
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI ___ NO ✓
PALENQUERO ___ ROM/GITANO ___ AFRO ___ RAIZAL ___ NEGRO ___ INDÍGENA ___ OTRO ___ CUÁL? ___
VÍCTIMA CONFLICTO ARMADO ___ DESMOVILIZADO ___ INMIGRANTE ___ OTRO ___ CUÁL? ___
VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión) ___
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nervioso) ___
COGNITIVA: dificultar en las funciones cognitivas en esta está: elaboración y comprensión del aprendizaje ___
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales ___
AUDITIVA: Alteración de estructuras y funciones sensoriales auditivas ___
CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI ___ NO ___
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI ___ NO ___
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Leidy Colorado PARENTESCO: Madre DIRECCIÓN: los Moros TELÉFONO: 3170274167

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI ___ NO ✓
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI ___ NO ___ NO APLICA ✓
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI ___ NO ___ NO APLICA ✓
VOMITA TODO: SI ___ NO ✓
CONVULSIONES: SI ___ NO ✓
INCONSCIENTE: SI ___ NO ✓
LETÁRGICO: SI ___ NO ✓
Educación en Signos Generales de Peligro: SI ✓ NO ___
Consolidación en Signos Generales de Peligro: SI ___ NO ✓

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ULTIMO AÑO? 1
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ✓ 4 o mas ___
¿CON QUE HACE LA HIGIENE ORAL?
CREMA ✓ CEPILLO ✓ ENJUAGUE ✓ GASA ___
SEDA ___ CUANTAS VECES 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 o mas ___
OTRO, CUAL? ___
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI ___ NO ___
Educación en Salud Bucal: SI ✓ NO ___
Consolidación en Salud Bucal: SI ___ NO ✓

RECUERDE
*Remocion de placa bacteriana: semestral a partir del 1 año hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (según criterio)
*Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI ✓ NO ___
N° DE DIAS QUE LLEVA CON TOS: ___
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI ✓ NO ___
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS: SI ✓ NO ___
(TIRAJES SUBCOSTALES INTERCOSTALES SUPRAESTERNALES)
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI ___ NO ✓
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO: ___
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI ___ NO ✓

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI ___ NO ✓
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES? SI ___ NO ✓
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI ✓
¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI ___ NO ✓
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI ___ NO ✓

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

| | |
|---|---|
| MENOR DE 2 MESES | Normal de 20 a 60 |
| DE 2 MESES A 11 MESES | Normal de 20 a 50 |
| DE 12 MESES A 5 AÑOS | Normal de 20 a 40 |
| DE 6 AÑOS A 8 AÑOS | Normal de 20 a 30 |

Educación en IRA TB-COVID 19: SI ___ NO ___
Consolidación en IRA TB-COVID 19: SI ___ NO ✓

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACIÓN (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI ___ NO ✓
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA: ___
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI ___ NO ✓
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS: ___
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO? SI ___ NO ✓
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI ___ NO ✓
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI ___ NO ✓

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI ___ NO ✓
BOCA SECA: SI ___ NO ✓
FONTANELA HUNDIDA: SI ___ NO ✓
BEBE AVIDAMENTE: SI ___ NO ✓
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG: SI ___ NO ✓

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
+ EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
+ VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
+ SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y/O VOMITO

Educación en EDA: SI ✓ NO ___
Consolidación en EDA: SI ___ NO ✓

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI ✓ NO ___
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES: SI ___ NO ✓
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS: SI ___ NO ✓
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia): SI ___ NO ✓

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS
* FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS

Educación en FIEBRE: SI ✓ NO ___
Consolidación en FIEBRE: SI ___ NO ✓

PAGINA 1 DE 2

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ULTIMOS 15 DIAS: SI ___ NO ✓
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES: SI ___ NO ✓
TIENE DEPÓSITOS DE AGUA: SI ___ NO ___
A SIN TAPA: SI ___ NO ___
B CON PRESENCIA DE LARVAS: SI ___ NO ___
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO: NO ___

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS: SI ___ NO ✓
DOLOR RETRO OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, oral o deposición)

Educación en DENGUE: SI ✓ NO ___
Consolidación en DENGUE: SI ___ NO ✓

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO: SI ___ NO ✓
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA: SI ___ NO ✓
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO: SI ___ NO ✓
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ULTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS: SI ___ NO ✓

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN: SI ___ NO ✓
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA: SI ___ NO ✓

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:
REDONDEADAS
BORDES ABULTADOS
CENTRO GRANULOMATOSO
LESIONES NODULARES
LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNOSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS: SI ___ NO ___
Consolidación en LEISHMANIASIS: SI ___ NO ✓

CHAGAS

¿SABE QUE ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI ___ NO ✓
¿CONOCE A ALGUIEN QUE PADEZCA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (SANO O ENFERMO)? SI ___ NO ✓
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI ___ NO ✓
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI ___ NO ✓

Tratamiento para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI ✓ NO ___
Consolidación en CHAGAS: SI ___ NO ✓

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE ALIMENTA: SI ___ NO ✓
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑO: SI ___ NO ✓
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DOLOR DE CABEZA: ___

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES: SI ___ NO ✓
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑO: SI ___ NO ✓
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO: SI ___ NO ✓
EN LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y: SI ___ NO ✓

Powered by CamScanner

Educación en CÁNCER INFANTIL SI NO

¿TIENE MAYOR A 7 DIAS? SI

Canalización en CÁNCER INFANTIL SI NO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO?

Nº DE EPISODIOS PREVIOS

HACE CUANTOS DIAS

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? SI NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

PROBLEMAS DE OIDO

TIENE SUPURACION DE OIDO SI NO

TIMPANOMETRIA ALTERADA O ATRÁS DE LA OREJA SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

| | | |
|---|---|---|
| PALIDEZ PALMAR | SI | NO |
| PALIDEZ CONJUNTIVAL | SI | NO |
| EDEMA | SI | NO |
| CARA DE LUNA LLENA | SI | NO |
| DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE PAÑAL, CABELLO CON SIGNO DE BANDERA | SI | NO |
| DELGADEZ EXTREMA | SI | NO |

NUTRICION

PERIMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICION)

LACTANCIA MATERNA

| | | |
|---|---|---|
| ¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? | SI | NO |
| ¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | SI | NO |
| ¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | SI | NO |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | EN MESES | EN DIAS |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? | EN MESES | EN DIAS |

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN SI NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? SI NO

| | | |
|---|---|---|
| OBESIDAD | SI | NO |
| SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO DNT | SI | NO |
| DNT | SI | NO |

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Educación en Nutrición SI NO

Canalización por Nutrición SI NO

EVALUÉ LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

| | | |
|---|---|---|
| Nº DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO | | |
| EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA | SI | NO |
| MICRONUTRIENTES | | |
| EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) | SI | NO |
| EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses) | SI | NO |
| RECIBIO DESPARASITACION EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) | SI | NO |

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA

| | | |
|---|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 1 MES<br>4-5 MESES | 24-29 MESES<br>3 AÑOS |
| ENFERMERIA | 2-3 MESES<br>6-8 MESES<br>9-11 MESES | 18-23 MESES<br>30-35 MESES<br>4 AÑOS |

CONSULTAS PARA INFANCIA

| | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 6 A 9 Y 11 AÑOS |
| ENFERMERIA | 7, 8 Y 11 AÑOS |
| TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 10 Y 11 AÑOS |

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) SI NO

Canalización Valoracion Integral de Salud (CYD) SI NO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

| | | |
|---|---|---|
| ¿CONSIDERA USTED, QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? | SI | NO |
| ¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJO? COMO? | | |
| JUEGO | SI | NO |
| DIALOGO | SI | NO |
| ACOMPAÑAMIENTO | SI | NO |

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

| | | |
|---|---|---|
| DIALOGO | SI | NO |
| ESTABLECEN ACUERDOS | SI | NO |
| LOS EVITAN | SI | NO |
| GRITAN | SI | NO |
| SE GOLPEAN | SI | NO |

Educación en Pautas de Crianza Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato SI NO

RIESGO DE MALTRATO

| EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS | SI | NO |
|---|---|---|
| CICATRICES | | |
| QUEMADURAS | | |
| FRACTURAS INEXPLICABLES | | |
| QUEJAS CRONICAS DE DOLOR | | |
| MARCAS DE MORDEDURAS | | |
| HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE | | |

| EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES | SI | NO |
|---|---|---|
| DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR | | |
| LLANTO FRECUENTE | | |
| AGRESIVO | | |
| DISTRAIDO | | |
| PASIVIDAD | | |
| DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION | | |
| TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA | | |

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental SI NO

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRRIN) SI NO

OTRO, CUAL?_____



RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA SI NO

CUAL?_____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES

CAIDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL?_____

| | | |
|---|---|---|
| EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS | SI | NO |
| EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) | SI | NO |

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) SI NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar SI NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNAS MARQUE CON EL SIGUIENTE RESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SI NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

| RN | | |
|---|---|---|
| BCG (Unica Dosis) | ✓ | NO |
| HEPATITIS B (Recien Nacido) | ✓ | NO |

| 2 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | ✓ | NO |
| POLIO | ✓ | NO |
| ROTAVIRUS | ✓ | NO |
| NEUMOCOCO | ✓ | NO |

| 4 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | ✓ | NO |
| POLIO | ✓ | NO |
| ROTAVIRUS | ✓ | NO |
| NEUMOCOCO | ✓ | NO |

| 6 MESES | | |
|---|---|---|
| PENTAVALENTE | ✓ | NO |
| POLIO | ✓ | NO |
| INFLUENZA | ✓ | NO |

| 7 MESES | | |
|---|---|---|
| 2da DOSIS DE INFLUENZA | ✓ | NO |

| 12 MESES A 1 AÑO | | |
|---|---|---|
| SRP (Sarampion Rubeola y Paperas) | ✓ | NO |
| VARICELA | ✓ | NO |
| NEUMOCOCO | ✓ | NO |
| HEPATITIS A | ✓ | NO |

| 18 MESES | | |
|---|---|---|
| [illegible] | ✓ | NO |
| [illegible] | ✓ | NO |
| POLIO (Primer refuerzo) | ✓ | NO |
| [illegible] | ✓ | NO |

| 5 AÑOS | | |
|---|---|---|
| DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Refuerzo) | ✓ | NO |
| POLIO | ✓ | NO |
| VARICELA (refuerzo) | ✓ | NO |

| NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA | | |
|---|---|---|
| Virus del Papiloma Humano (VPH) (Unica Dosis) | ✓ | NO |

VACUNAS ADICIONALES

| COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES | | |
|---|---|---|
| 1ra Dosis | ✓ | NO |
| 2da Dosis | ✓ | NO |

| INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES) | | |
|---|---|---|
| | ✓ | NO |

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD ✓ NO

Educación en PAI ✓ NO

Canalización en PAI SI NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud | CURSO DE VIDA | CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR | EDUCACIÓN AL CUIDADOR |
|---|---|---|---|
| Promover hábitos de higiene corporal | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, Consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV) | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable | I | ✓ | ✓ |
| Promover el cuidado a cuidadores | I | ✓ | ✓ |
| Promover pautas de higiene del sueño | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover la alimentación saludable | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar en derechos sexuales | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover el ejercicio de derecho a la salud | PI-I | ✓ | ✓ |

PI: Primera infancia I: Infancia

CURSO DE VIDA

OBSERVACIONES

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: _____ Firma de la Persona que recibe la visita _____

EVALUADO POR PIC ✓ CONCURRENCIA ✓ OTRO CUAL: _____



Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

Código: M-PSS-GSP-GPR-FR-055
Versión: 07
Fecha de aprobación: / Enero / 2019

Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI Comunitario

## DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: U.S.O
VEREDA O: Inspección Dindal
TIPO DE USUARIO: C__ V__ P__ I__ NO AFILIADO
FECHA DE ATENCIÓN (DD/MM/AÑO): 26/04/2021
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 26/07/17
MUNICIPIO ASEGURADOR: Caparapi
Nueva Eps
NOMBRES Y APELLIDOS: Sean Nicolas Melo.
Educación en Aseguramiento: SI NO
Aseguramiento: SI NO
EDAD AÑOS: 4 MESES: DIAS:
MENOR ESCOLARIZADO: SI NO NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: PRE 1RO 2DO 3RO 4TO 5TO 6TO OTRO
CUAL?
Educación en entorno escolar: SI NO
Canalización educación: SI
SEXO / GÉNERO: M F INTERSEXUAL NO BINARIO
RC TI MENOR SIN IDENTIFICACIÓN
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO CUAL?
NUMERO: 1071521834
Educación en identificación: SI NO
Canalización por identificación: SI
PROCEDENCIA: URBANA RURAL RURAL DISPERSO CENTRO POBLADO

## TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI
POBLACIÓN VULNERABLE: SI
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI

PALENQUERO
ROM/GITANO
AFRO
RAIZAL
NEGRO
INDIGENA
OTRO
CUAL?

VICTIMA CONFLICTO ARMADO
DESMOVILIZADO
INMIGRANTE
OTRO
CUAL?

VISUAL (ceguera visual (ciega o con baja visión))
MOTORA (está relacionada con la alteración motriz (extremidades, musculatura y/o nervios))
COGNITIVA (dificultad de las funciones cognitivas en sus entrada, elaboración y respuesta del ser humano)
MENTAL (en las que existe relacionadas con las limitaciones en procesos psicosociales)
AUDITIVA (Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas)
CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO
CON DEFICIENCIAS MULTIPLES (Dos o mas limitaciones): SI NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luisa M. Vera
PARENTESCO: Madre
DIRECCIÓN: Inspección Dindal
TELÉFONO: 3154813609

## VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

### IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI NO NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI NO NO APLICA
VOMITA TODO: SI NO
CONVULSIONES: SI NO
INCONSCIENTE: SI NO
LETARGICO: SI NO
Educación en Signos Generales de Peligro: NO
Canalización en Signos Generales de Peligro: SI NO

### SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ULTIMO AÑO?
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0 1 2 3 4 o mas
¿CON QUE HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA CEPILLO ENJUAGUE GASA
SEDA CUANTAS VECES 1 2 3 4 o mas
OTRO, CUAL?
¿SE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI NO
Educación en Salud Bucal: NO
Canalización en Salud Bucal: SI NO

**RECUERDE**

*Remocion de placa bacteriana: semestral a partir del 1 año hasta los 19 años.
*Aplicación de selantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (según criterio)
*Consultas de Odontologia Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)

### INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?
N° DE DIAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS
TIRAJES (SUBCOSTALES, INTERCOSTALES, SUPRAESTERNALES)
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RAPIDA

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?
¿PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES?
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA?
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA

**PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD**

| | |
|---|---|
| MENOR DE 2 MESES | Normal de 20 a 60 |
| DE 2 MESES A 11 MESES | Normal de 20 a 50 |
| DE 12 MESES A 5 AÑOS | Normal de 20 a 40 |
| DE 6 AÑOS A 8 AÑOS | Normal de 20 a 30 |

Educación en IRA TB-COVID19: NO
Canalización en IRA TB-COVID19: SI NO

### ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACIÓN (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO
¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA?

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN
ACTITUD LAXA
FONTANELA HUNDIDA
BEBE AVIDAMENTE
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN S/N EDA Y S/N VOMITO

Educación en EDA: NO
Canalización en EDA: SI NO

### FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE (EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia)

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS
* FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS

Educación en FIEBRE: NO
Canalización en FIEBRE: SI NO



### DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDEMICA EN LOS ULTIMOS 15 DIAS
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES
TIENE DEPOSITOS DE AGUA
A SIN TAPA
B CON PRESENCIA DE LARVAS
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS
DOLOR RETRO OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, encias o hepatomegalia)

Educación en DENGUE: NO
Canalización en DENGUE: SI NO

### LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ULTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS

TIENE LESIONES CUTANEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:
REDONDEADAS
BORDES ABULTADOS
CENTRO GRANULOMATOSO
LESIONES NODULARES
LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNOSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS: NO
Canalización en LEISHMANIASIS: SI NO

### CHAGAS

¿SABE QUE ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS?
¿ALGUNA VEZ ESTE MIEMBRO DE SU HOGAR O EN SUS ALREDEDORES?
¿ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS?

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: NO
Canalización en CHAGAS: SI NO

### RIESGO PARA CANCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑO
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTROS SINTOMAS (VOMITO, MAREO)

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES
DOLOR DE HUESOS INTERFIERE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO
EN LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO

Powered by CamScanner

Educación en CANCER INFANTIL NO

FIEBRE MAYOR A 7 DIAS SI NO

Canalización en CANCER INFANTIL SI NO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO?

N° DE EPISODIOS PREVIOS HACE CUANTOS DIAS SI NO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? SI NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO NO

PROBLEMAS DE OIDO

FUE HOSPITALIZADO POR OIDO SI NO

TUVO ACCIÓN/DOLOR ATRAS DE LA OREJA SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

| | | |
|---|---|---|
| PALIDEZ PALMAR | SI | NO |
| PALIDEZ CONJUNTIVAL | SI | NO |
| EDEMA | SI | NO |
| CARA DE LUNA LLENA | SI | NO |
| DERMATITIS O LESIONES EN LA PELIARA DE PAÑAL | SI | NO |
| CABELLO CON SIGNO DE BANDERA | SI | NO |
| DELGADEZ EXTREMA | SI | NO |

NUTRICIÓN

PERIMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11,5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

LACTANCIA MATERNA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? | SI | NO | |
| ¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | SI | NO | |
| ¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | SI | NO | |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | | EN MESES | EN DIAS |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? | | EN MESES | EN DIAS |

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN SI NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? SI NO

| | | |
|---|---|---|
| OBESIDAD | SI | NO |
| SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO DNT | SI | NO |
| DNT | SI | NO |

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Educación en Nutrición NO

Canalización por Nutrición SI NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA SI NO

MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) SI NO

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses) SI NO

RECIBIO DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) SI NO

| CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA | | |
|---|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 1 MES | 24-29 MESES |
| | 4-5 MESES | 3 AÑOS |
| ENFERMERIA | 2-3 MESES | 18-23 MESES |
| | 6-8 MESES | 30-35 MESES |
| | 9-11 MESES | 4 AÑOS |

| CONSULTAS PARA INFANCIA | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 6-8 Y 10 AÑOS |
| ENFERMERIA | 7, 9 Y 11 AÑOS |
| TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 10 Y 11 AÑOS |

SALUD VISUAL MAYORES DE 5 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración integral de Salud (CYD) NO

Canalización Valoración integral de Salud (CYD) SI NO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

| | | |
|---|---|---|
| ¿CONSIDERA USTED QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? | SI | |
| ¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJ@? COMO? | | NO |
| JUEGO | | NO |
| DIALOGO | | NO |
| ACOMPAÑAMIENTO | | NO |

RIESGO DE MALTRATO

| EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FISICAS: | SI | NO |
|---|---|---|
| EXCATRICES | | |
| QUEMADURAS | | |
| FRACTURAS INEXPLICABLES | | |
| QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR | | |
| MARCAS DE MORDEDURAS | | |
| HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE | | |

| EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES | SI | NO |
|---|---|---|
| DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR | | |
| LLANTO FRECUENTE | | |
| AGRESIVO | | |
| DISTRAIDO | | |
| PASIVIDAD | | |
| DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION | | |
| TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA | | |

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRIRI) SI

OTRO, CUAL?

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

| | | |
|---|---|---|
| DIALOGO | | NO |
| ESTABLECEN ACUERDOS | | NO |
| LOS EVITAN | | NO |
| GRITAN | | NO |
| SE GOLPEAN | SI | |

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental SI



RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA SI

CUAL?

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES

CAIDAS INTOXICACIONES QUEMADURAS ELECTROCUCIÓN ASFIXIA AHOGAMIENTO TRANSITO OTRO ¿CUAL?

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS SI

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) SI

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) SI

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON ✓ SEGÚN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

| BN | | | 3 MESES | | | 4 MESES | | | 6 MESES | | | 7 MESES | | | 11 MESES O 1 AÑO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BCG (única Dosis) | ✓ | NO | PENTAVALENTE | ✓ | NO | PENTAVALENTE | ✓ | NO | PENTAVALENTE | ✓ | NO | 2da DOSIS DE INFLUENZA | ✓ | NO | SRP(Triple viral) | ✓ | NO |
| HEPATITIS B (Recien Nacido) | ✓ | NO | POLIO | ✓ | NO | POLIO | ✓ | NO | POLIO | ✓ | NO | | | | VARICELA | ✓ | NO |
| | | | ROTAVIRUS | ✓ | NO | ROTAVIRUS | ✓ | NO | INFLUENZA | ✓ | NO | | | | NEUMOCOCO | ✓ | NO |
| | | | NEUMOCOCO | ✓ | NO | NEUMOCOCO | ✓ | NO | | | | | | | HEPATITIS A | ✓ | NO |

| 18 MESES | | | 5 AÑOS | | | NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | ✓ | NO | DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo) | SI | NO | Virus del Papiloma Humano (VPH) (Unica Dosis) | SI | NO |
| | ✓ | NO | POLIO | SI | NO | | | |
| | ✓ | NO | VARICELA Refuerzo | SI | NO | | | |
| PLUS (Primera dosis) | ✓ | NO | | | | | | |
| [illegible] | ✓ | NO | | | | | | |
| [illegible] | ✓ | NO | | | | | | |

VACUNAS ADICIONALES

| COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES | | |
|---|---|---|
| 1ra Dosis | ✓ | NO |
| 2da Dosis | ✓ | NO |

| INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES) | | |
|---|---|---|
| | ✓ | NO |

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD ✓ NO

Educación en PAI NO

Canalización en PAI SI NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud | CURSO DE VIDA | CONOCIMIENTO EN EL TEMA CUIDADOR | EDUCACIÓN AL CUIDADOR |
|---|---|---|---|
| Promover hábitos de higiene corporal | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar por la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV) | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar por a mantener la salud auditiva y comunicativa | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable | I | ✓ | ✓ |
| Promover el cuidado a cuidadores | I | ✓ | ✓ |
| Promover pautas de higiene del sueño | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover la alimentación saludable | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar en derechos sexuales | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover la construcción de entornos de afrontamiento frente a sucesos críticos | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover el ejercicio del derecho a la salud | PI-I | ✓ | ✓ |

CURSO DE VIDA PI: Primera Infancia I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor con esquema de vacunación acorde a la edad, Pendiente CYD

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR

Firma de la Persona que recibe la visita

PIC CONCURRENCIA ✓ OTRO CUAL



Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

H.S.G Inspección Dindal — Cabrera Salud Total

NOMBRES Y APELLIDOS: Haiden Adolfo Martin Ramos — Fecha de nacimiento: 09-07-23 — Edad: 2 años

Sexo: M — Identificación: 1072753830

Procedencia: Rural

TIPO DE POBLACIÓN

Grupo étnico: NO — Población vulnerable: NO — Menor con discapacidad: NO

Nombre del acompañante: Marcela Ramos — Parentesco: Madre — Dirección: Dindal — Teléfono: 3135198570

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

Identificación de signos generales de peligro: NO

No puede beber o tomar el pecho: NO — No puede tomar líquidos: NO — Vomita todo: NO — Convulsiones: NO — Inconsciente: NO — Letárgico: NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI — Canalización en Signos Generales de Peligro: NO

SALUD BUCAL

¿N° de valoraciones odontológicas en el último año?: 1

¿Cuantas veces hace higiene oral al día?: 3 veces — ¿Con qué hace la higiene oral?: Crema ✓ — Cepillo ✓ — Enjuague ✓ — Gasa

¿Le supervisa el cepillado de dientes? SI ✓ NO

Recuerde:
- Remoción de placa bacteriana: semestral a partir del 1 año hasta los 19 años.
- Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (según criterio)
- Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad
- Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)

Educación en Salud Bucal: SI — Canalización en Salud Bucal: NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

| | |
|---|---|
| ¿Tiene el niño o niña tos? | NO |
| N° de días que lleva con tos | |
| ¿Tiene el niño o niña dificultad para respirar? | NO |
| Hundimiento de costillas | NO |
| Tiraje subcostales intercostales supraesternales | NO |
| Ruidos anormales al respirar | NO |
| N° de respiraciones por minuto | |
| Tiene respiración rápida | NO |

Parametros normales de frecuencia respiratoria según edad:

| | |
|---|---|
| Menor de 2 meses | Normal de 20 a 60 |
| De 2 meses a 11 meses | Normal de 20 a 50 |
| De 12 meses a 5 años | Normal de 20 a 40 |
| De 6 años a 8 años | Normal de 20 a 30 |

¿El niño/niña ha estado en contacto con personas con TB? NO
¿Pérdida de peso en los últimos tres meses? NO

¿El niño/niña ha estado en contacto con personas sintomáticas respiratorias y/o covid 19 positivo? NO

¿En el último año ha presentado enfermedad respiratoria? NO
Tuvo tratamiento o seguimiento por medicina NO

Educación en IRA-TB-COVID 19: NO — Canalización en IRA-TB-COVID 19: NO

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACIÓN (EnT)

| | |
|---|---|
| ¿Tiene el niño o niña diarrea? | NO |
| N° de días que el niño tiene diarrea | |
| ¿Hay sangre en las heces? | NO |
| Numero de deposiciones en las ultimas 24 horas | |
| ¿Tiene el niño o niña vomito | NO |
| ¿En el ultimo año ha presentado enfermedad diarreica aguda? | NO |

Presenta alguno de los siguientes signos de deshidratación:

| | |
|---|---|
| Boca seca | NO |
| Fontanela hundida | NO |
| Bebe avidamente | NO |
| Pliegue cutáneo - mayor 2 seg | NO |

Redireccionar urgente al servicio de salud en caso de encontrar menores con:
- EDA y riesgo de deshidratación
- Vomito y riesgo de deshidratación
- Signos de deshidratación sin EDA ni un vomito

Tuvo tratamiento o seguimiento por medicina: NO

Educación en EDA: NO — Canalización en EDA: NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

| | |
|---|---|
| ¿Tiene el niño o niña fiebre? | NO |
| Fiebre mayor de 38°C en menores de 3 meses | NO |
| Fiebre mayor de 39°C sin foco aparente en menores entre 3 meses a 2 años | NO |
| Fiebre de difícil control mayor a 3 días (Aplica para primera infancia e infancia) | NO |

Redireccionar urgente al servicio de salud en caso de encontrar menores con riesgo de fiebre:
- Fiebre mayor de 38°C en menores de 3 meses
- Fiebre mayor de 39°C sin foco aparente en menores entre 3 meses 2 años
- Fiebre de difícil control mayor a 3 días

Educación en FIEBRE: NO — Canalización en FIEBRE: NO



DENGUE

| | |
|---|---|
| Vive o visitó zona endémica en los ultimos 15 dias | NO |
| Sabe de alguien que haya sufrido de dengue en el ultimo mes | NO |
| Tiene depositos de agua | NO |
| A sin tapa | NO |
| B con presencia de larvas | NO |
| El menor duerme bajo toldillo | NO |

Ha presentado alguno de los siguientes signos y/o síntomas: NO

- Dolor retro ocular
- Malgias
- Artralgias
- Cefalea
- Dolor abdominal intenso o continuo
- Sangrados (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposicion)

Educación en DENGUE: NO — Canalización en DENGUE: NO

LEISHMANIASIS

| | |
|---|---|
| Ha tenido antecedente de leishmaniasis cutanea o mucosa en ultimo año | NO |
| La leishmaniasis fue tratada | NO |
| Ha asistido a los seguimientos pos tratamiento | NO |
| Sabe de alguien de la comunidad que en los ultimos 2 meses haya tenido leishmaniasis | NO |

Tiene lesiones cutáneas de más de dos semanas de evolución: NO

Las lesiones tienen historia de trauma: NO

Las lesiones cutaneas son:
- Redondeadas
- Bordes alterados
- Centro granulomatoso
- Lesiones nodulares
- Lesiones satelitales

Tenga en cuenta si encuentra respuestas positivas o leishmania no tratada debe ser referido a consulta medica para diagnóstico de manera prioritaria

Educación en LEISHMANIASIS: NO — Canalización en LEISHMANIASIS: NO

CHAGAS

| | |
|---|---|
| ¿Sabe que es la enfermedad de Chagas? | NO |
| Alguna vez le han tomado la temperatura de Chagas (fiebre, dolor o picor) | NO |
| Una vez le han picado en la cara, brazo o en sus alrededores | NO |
| Sabe si alguien cercano de la familia ha tenido enfermedad de Chagas | NO |

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: NO — Canalización en CHAGAS: NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

| | |
|---|---|
| Dolor de cabeza reciente que aumenta | NO |
| El dolor de cabeza despierta al niño | NO |
| N° de días que el niño tiene dolor de cabeza | |
| El dolor de cabeza se acompaña de otros síntomas como vomito | NO |

- Ha tenido dolor de huesos en el ultimo mes: NO
- Dolor de huesos interrumpe las actividades del niño: NO
- El dolor de huesos ha ido en aumento: NO
- En los ultimos 3 meses ha tenido cambios como fatiga, perdida de apetito o peso: NO

Powered by CamScanner

Educación en CÁNCER INFANTIL SI NO

FIEBRE MAYOR A 7 DIAS SI NO

Consulta en CÁNCER INFANTIL SI NO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO?

N° DE EPISODIOS PREVIOS

HACE CUANTOS DIAS SI NO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? SI NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

PROBLEMAS DE OIDO

TIENE EXPLORACION DE OIDO SI NO

TUVO ACOMODACION DE ATRÁS DE LA OREJA SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

## SIGNOS CLINICOS DNT

NUTRICIÓN

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

PALIDEZ PALMAR SI NO

PALIDEZ CONJUNTIVAL SI NO

EDEMA SI NO

CARA DE LUNA LLENA SI NO

DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE PAÑAL) SI NO

CABELLO CON SIGNO DE BANDERA SI NO

DELGADEZ EXTREMA SI NO

PERIMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11,5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

## LACTANCIA MATERNA

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? SI NO

¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? SI NO

¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SI NO

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? EN MESES EN DIAS

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? EN MESES EN DIAS

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN SI NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? SI NO

OBESIDAD SI NO

SOBREPESO SI NO

RIESGO SOBREPESO SI NO

RIESGO DNT SI NO

DNT SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Educación en Nutrición SI NO

Canalización por Nutrición SI NO

## EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA SI NO

### MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) SI NO

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses) SI NO

RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) SI NO

| CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA | | |
|---|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 1 MES<br>6 MESES<br>12 MESES | 24-29 MESES<br>3 AÑOS |
| ENFERMERIA | 2 MESES<br>4-5 MESES<br>9-11 MESES | 18-23 MESES<br>30-35 MESES<br>4 AÑOS |

| CONSULTAS PARA INFANCIA | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 6,8 Y 10 AÑOS |
| ENFERMERIA | 7, 8 Y 11 AÑOS |
| TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 10 Y 11 AÑOS |

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración integral de Salud (CYD) SI NO

Canalización Valoración integral de Salud (CYD) SI NO

## CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

### PAUTAS DE CRIANZA

¿CONSIDERA USTED QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? SI NO

¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJ@? COMO?

JUEGO SI NO

DIALOGO SI NO

ACOMPAÑAMIENTO SI NO

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

DIALOGO SI NO

ESTABLECEN ACUERDOS SI NO

LOS EVITAN SI NO

GRITAN SI NO

SE GOLPEAN SI NO

### RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FISICAS SI NO

EXCORIACIONES

QUEMADURAS

FRACTURAS INEXPLICABLES

QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR

MARCAS DE MORDEDURAS

HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES SI NO

DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR

LLANTO FRECUENTE

ACRESIVO

DISTRAIDO

PASIVIDAD

DEMANDA EXCESIVA DE ATENCIÓN

TEMOR A LOS PADRES O ALGUN MIEMBRO DE LA

### RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUMIDO BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRIRI) SI NO

OTRO, CUAL?

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato SI NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental SI NO



## RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA SI NO

CUAL? SEA AFIRMATIVO

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES

CAIDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL? ____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS SI NO

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) SI NO

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) SI NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar SI NO

## PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON LA SIGLA CORRESPONDIENTE

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SI NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

| RN | | 2 MESES | | 4 MESES | | 6 MESES | | 7 MESES | | 11 MESES O 1 AÑO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BCG (Unica Dosis) | SI NO | PENTAVALENTE | SI NO | PENTAVALENTE | SI NO | PENTAVALENTE | SI NO | 2da DOSIS DE INFLUENZA | SI NO | SRP (1a dosis) | SI NO |
| HEPATITIS B (Recien Nacido) | SI NO | POLIO | SI NO | POLIO | SI NO | POLIO | SI NO | | | VARICELA | SI NO |
| | | ROTAVIRUS | SI NO | ROTAVIRUS | SI NO | INFLUENZA | SI NO | | | NEUMOCOCO | SI NO |
| | | NEUMOCOCO | SI NO | NEUMOCOCO | SI NO | | | | | HEPATITIS A | SI NO |

| 18 MESES | | 5 AÑOS | | NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SI NO | DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo) | SI NO | Virus del Papiloma Humano (VPH) (Unica Dosis) | SI NO |
| | SI NO | POLIO | SI NO | | |
| | SI NO | VARICELA (Refuerzo) | SI NO | | |
| POLIO (Primer Refuerzo) | SI NO | | | | |
| | SI NO | | | | |

VACUNAS ADICIONALES

| COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES | |
|---|---|
| 1a Dosis | SI NO |
| 2da Dosis | SI NO |

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES) SI NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD SI NO

Educación en PAI SI NO

Canalización en PAI SI NO

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud | CURSO DE VIDA | CONOCIMIENTO EN EL TEMA CUIDADOR | EDUCACIÓN AL CUIDADOR |
|---|---|---|---|
| Promover hábitos de higiene corporal | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV) | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas | I | ✓ | ✓ |
| Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable | I | ✓ | ✓ |
| Promover el cuidado a cuidadores | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover pautas de higiene del sueño | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover la alimentación saludable | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar en derechos sexuales | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales | | | |
| Promover el ejercicio del derecho a la salud | | | |

CURSO DE VIDA — PI: Primera infancia — I: Infancia

## OBSERVACIONES

## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración EVALUADO POR

PIC

CONCURRENCIA

Firma de la Persona que recibe la visita

OTRO CUAL



Powered by CamScanner

Universidad Cundinamarca

PROGRAMA DE DESARROLLO DE SALUD
ESTRATEGIA DE SALUD PUBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI - Comunitario

Código M-FO-029-GPS-FR-053
Versión 07
Fecha de aprobación / Enero / 2023

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN VEREDA O: H.S.G Inspección Dindal
FECHA (DD/MM/AÑO): 11-03-26
TIPO DE USUARIO: C 1 S P I NO AFILIADO
MUNICIPIO ASEGURADOR: Capaimapi Salud total
NOMBRES Y APELLIDOS: Alison Michell Cdy Jidanco Ramirez
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 11/07/25
EDAD: AÑOS 1 MESES 2 DIAS
MENOR ESCOLARIZADO: SI NO NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS 1ERO 2DO 3ERO 4TO 5TO 6TO OTRO
CUAL?
SEXO / GÉNERO: M F INTERSEXUAL NO BINARIO TRANSGENERO NO DEFINIDO
MENOR SIN IDENTIFICACIÓN
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO CUAL?
NUMERO 1016756746
PROCEDENCIA: URBANA RURAL RURAL DISPERSO CENTRO POBLADO
Educación en salud: SI NO
Educación en Identificación: SI NO
Caracterización educación: SI NO
Caracterización por identificación: SI NO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ETNICO: SI NO
POBLACIÓN VULNERABLE: SI NO
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI NO
PALENQUERO, ROM/GITANO, AIRO, RAZAL, NEGRO, INDIGENA, OTRO, CUAL?
VICTIMA CONFLICTO ARMADO, DESMOVILIZADO, INMIGRANTE, OTRO
FISICA (Limitación en actividades y con baja visión)
MOTORA: restricción en la movilidad
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas para entender, aprender y comprender del aprendizaje
MENTAL: con las que están relacionadas con las restricciones en personas psicosociales
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas
CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO
CON DEFICIENCIAS MULTIPLES: Dos o más limitaciones: SI NO
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Maritza Ramirez
PARENTESCO: Madre
DIRECCIÓN: Inspección Dindal
TELEFONO: 3213188050

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI NO NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI NO NO APLICA
VOMITA TODO: SI NO
CONVULSIONES: SI NO
INCONSCIENTE: SI NO
LETÁRGICO: SI NO
Educación en Signos Generales de Peligro: SI NO
Caracterización en Signos Generales de Peligro: SI NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0 1 2 3 4 o más
¿CON QUE HACE LA HIGIENE ORAL?
CREMA, CEPILLO, ENJUAGUE, GASA
SEDA, CUANTAS VECES 1 2 3 4 o más
OTRO, CUAL?
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI NO
Educación en Salud Bucal: SI NO

RECUERDE
*Remocion de placa bacteriana: semestral a partir del 1 año hasta los 19 años
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (segun criterio)
*Consultas de Odontolog a Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
Caracterización en Salud Bucal: SI NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI NO
N° DE DIAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS SI NO
(TIRAJES SUBCOSTALES, INTERCOSTALES, SUPRAESTERNALES) SI NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI NO
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RAPIDA SI NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

| | |
|---|---|
| MENOR DE 2 MESES | Normal: de 20 a 60 |
| DE 2 MESES A 11 MESES | Normal: de 20 a 50 |
| DE 12 MESES A 5 AÑOS | Normal: de 20 a 40 |
| DE 6 AÑOS A 8 AÑOS | Normal: de 20 a 30 |

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI NO
¿PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES? SI NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI NO
¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO
Educación en IRA-TB-COVID 19: SI NO
Caracterización en IRA-TB-COVID 19: SI NO

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACIÓN (DNT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI NO
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI NO

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI NO
BOCA SECA SI NO
FONTANELA HUNDIDA SI NO
BEBE AVIDAMENTE SI NO
PLIEGUE CUTÁNEO : MAYOR 2 SEG SI NO

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y S/N VOMITO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO
Educación en EDA: SI NO
Caracterización en EDA: SI NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI NO
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI NO

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS
* FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS

Educación en FIEBRE: SI NO
Caracterización en FIEBRE: SI NO

PÁGINA 1 DE 3

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ULTIMOS 15 DIAS SI NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI NO
TIENE DEPÓSITOS DE AGUA NO
A SIN TAPA SI NO
B CON PRESENCIA DE LARVAS SI NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI NO
DOLOR RETRO OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI NO
Caracterización en DENGUE: SI NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTANEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO SI NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA SI NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO SI NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ULTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS SI NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN SI NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA SI NO

LAS LESIONES CUTANEAS SON:
REDONDEADAS
BORDES ABULTADOS
CENTRO GRANULOMATOSO
LESIONES NODULARES
LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNÓSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS: SI NO
Caracterización en LEISHMANIASIS: SI NO

CHAGAS

¿SABE QUE ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA Y EN SUS ALREDEDORES? SI NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO

Tratamiento para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI NO
Caracterización en CHAGAS: SI NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑO SI NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTROS SINTOMAS COMO VOMITO SI NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI NO
DOLOR DE HUESOS INTERFIERE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑO SI NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y SI NO

Powered by CamScanner

Educación en CANCER INFANTIL — NO

CUENTA MAYOR A 5 DIAS — Canalización en CANCER INFANTIL — SI — NO

PROBLEMAS DE OIDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO? — TIENE CONSULTA DE OIDO — SI — NO

N° DE EPISODIOS PREVIOS — HACE CUANTOS DIAS — SI — NO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? — SI — NO

CUMPLIMIENTO/DOLOR ATRAS DE LA OREJA — SI — NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA — SI — NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO — SI — NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO — SI — NO

NUTRICIÓN

SIGNOS CLINICOS DAT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

| | | |
|---|---|---|
| PALIDEZ PALMAR | SI | NO |
| PALIDEZ CONJUNTIVAL | SI | NO |
| EDEMA | SI | NO |
| CARA DE LUNA LLENA | SI | NO |
| DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE PAÑAL) | SI | NO |
| CABELLO CON SIGNO DE BANDERA | SI | NO |
| DELGADEZ EXTREMA | SI | NO |

PERIMETRO BRAQUIAL — (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA — EN CENTIMETROS — Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

LACTANCIA MATERNA

| | | |
|---|---|---|
| ¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? | SI | NO |
| ¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | SI | NO |
| ¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | SI | NO |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | EN MESES | EN DIAS |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? | EN MESES | EN DIAS |

Unicamente para menores de 2 años — USO DE CHUPO O BIBERON — SI — NO

¿ HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? — SI — NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA — SI — NO

| | | |
|---|---|---|
| OBESIDAD | SI | NO |
| SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO DNT | SI | NO |
| DNT | SI | NO |

Educación en Nutrición — SI — NO

Canalización por Nutrición — SI — NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACION INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA — SI — NO

MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) — NO

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre24 y 59 meses) — NO

RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) — NO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI — NO

| CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA | | |
|---|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 1 MES<br>6-5 MESES | 24-29 MESES<br>3 AÑOS |
| ENFERMERIA | 2-3 MESES<br>4-8 MESES<br>9-11 MESES | 18-23 MESES<br>30-35 MESES<br>4 AÑOS |

| CONSULTAS PARA INFANCIA | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 6-8 Y 10 AÑOS |
| ENFERMERIA | 7, 8 Y 11 AÑOS |
| TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 10 Y 11 AÑOS |

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) — SI — NO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

| | | |
|---|---|---|
| ¿CONSIDERA USTED QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? | SI | NO |
| ¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJ@? COMO? | | |
| JUEGO | SI | NO |
| DIALOGO | SI | NO |
| ACOMPAÑAMIENTO | SI | NO |

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

| | | |
|---|---|---|
| DIALOGO | SI | NO |
| ESTABLECEN ACUERDOS | SI | NO |
| LOS EVITAN | SI | NO |
| GRITAN | SI | NO |
| SE GOLPEAN | SI | NO |

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI — NO

RIESGO DE MALTRATO

| EL niñ@ PRESENTA SEÑALES FISICAS: | SI | NO |
|---|---|---|
| CICATRICES | | |
| QUEMADURAS | | |
| FRACTURAS INEXPLICABLES | | |
| QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR | | |
| MARCAS DE MORDEDURAS | | |
| HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE | | |

| EL niñ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES | SI | NO |
|---|---|---|
| DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR | | |
| LLANTO FRECUENTE | | |
| AGRESIVO | | |
| DISTRAIDO | | |
| PASIVIDAD | | |
| DEMANDA EXCESIVA DE ATENCIÓN | | |
| TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA | | |

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental — SI — NO

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRRIN) — SI — NO

OTRO, CUAL? _____



RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA — SI — NO — CUAL? tienda (AGRICULTOR)

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES

CAIDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL? _____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) — SI — NO

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) — SI — NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar — SI — NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CUNTA (SEGÚN CORRESPONDA)

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS — SI — NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

| RN | | | 2 MESES | | | 4 MESES | | | 6 MESES | | | 7 MESES | | 12 MESES A 5 AÑOS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BCG (Unica Dosis) | SI | NO | PENTAVALENTE | SI | NO | PENTAVALENTE | SI | NO | PENTAVALENTE | SI | NO | 2da DOSIS DE INFLUENZA | SI | NO | SRP (1er refuerzo) | SI | NO |
| HEPATITIS B (Recien Nacido) | SI | NO | POLIO | SI | NO | POLIO | SI | NO | POLIO | SI | NO | | | | VARICELA | SI | NO |
| | | | ROTAVIRUS | SI | NO | ROTAVIRUS | SI | NO | INFLUENZA | SI | NO | | | | NEUMOCOCO | SI | NO |
| | | | NEUMOCOCO | SI | NO | NEUMOCOCO | SI | NO | | | | | | | HEPATITIS A | SI | NO |

| 18 MESES | | | 5 AÑOS | | | NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | SI | NO | DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Decimo Refuerzo) | SI | NO | Virus de Papiloma Humano (VPH) (Unica Dosis) | SI | NO |
| [illegible] | | NO | POLIO | SI | NO | | | |
| [illegible] | | NO | VARICELA Refuerzo | SI | NO | | | |
| [illegible] | | NO | | | | | | |
| [illegible] | | NO | | | | | | |
| [illegible] | | NO | | | | | | |

VACUNAS ADICIONALES

| COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES | | |
|---|---|---|
| 1ra Dosis | SI | NO |
| 2da Dosis | SI | NO |

INFLUENZA ANUAL (MAYORES DE 6 MESES) — SI — NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD — SI — NO

Educación en PAI — SI — NO

Canalización en PAI — SI — NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud | CURSO DE VIDA | CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR | EDUCACIÓN AL CUIDADOR |
|---|---|---|---|
| Promover hábitos de higiene corporal | PI-1 | | |
| Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV) | PI-1 | | |
| Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa | PI-1 | | |
| Educar para mantener la salud y el gnatosistema visual y postural | PI-1 | | |
| Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas | PI-1 | | |
| Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable | I | | |
| Promover el cuidado a cuidadores | I | | |
| Promover pautas de higiene del sueño | PI-1 | | |
| Promover la alimentación saludable | PI-1 | | |
| Educar en derechos sexuales | PI-1 | | |
| Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales | PI-1 | | |
| Promover el ejercicio del derecho a la salud | PI-1 | | |

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor con estrabismo, se encuentra a la espera de cita con oftalmología para definir fecha de la cirugía Horizo AV.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR — PIC

CONCURRENCIA

Forma de la Persona que recibe la visita — OTRO — CUAL



Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
RUTA DE LA SALUD PÚBLICA
Ruta de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI Comunitario

Código: M-PES-GSP-GASP-R-053
Versión: 07
Fecha de aprobación: /Enero/2015

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN VENDADO: H.S.G. Inspección Dindal
FECHA (DD/MM/AÑO): 03/23/26
TIPO DE USUARIO: C__ S__ P__ I__ NO AFILIADO__
MUNICIPIO ASEGURADOR: Supersalud Total.
Educación en Aseguramiento: SI NO
Constitución en Aseguramiento: SI NO
NOMBRES Y APELLIDOS: Dilan Jaimito Ibañez Triana.
FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AÑO: 17/01/2019
EDAD AÑOS 6 MESES DIAS
MENOR ESCOLARIZADO: SI NO NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS 1° 2DO 3ERO 4°O 5°O 6°O OTRO
CUAL?
Educación en entorno escolar: SI NO
Constitución educación: SI
SEXO / GÉNERO: MUJER / NIÑA / INTERSEXUAL / TRANSGENERO / MASCULINO
RC n__
MENOR SIN IDENTIFICACIÓN__
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO__ CUÁL?
NUMERO: 1072763128
Educación en identificación: SI NO
Constitución por identificación: SI
PROCEDENCIA: URBANA RURAL RURAL DISPERSO CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI
POBLACIÓN VULNERABLE: SI
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI
PALENQUERO
ROM/GITANO
AFRO
RAIZAL
NEGRO
INDIGENA
OTRO
CUÁL?
VICTIMA CONFLICTO ARMADO
DESMOVILIZADO
INMIGRANTE
OTRO
CUÁL?
VISUAL
MOTORA
COGNITIVA
MENTAL
AUDITIVA
CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO
CON DEFICIENCIAS MULTIPLES: SI NO
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Yarley Triana Gutierrez
PARENTESCO: Madre
DIRECCIÓN: Inspección Dindal
TELÉFONO: 3164824958

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI NO NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI NO NO APLICA
VOMITA TODO: SI NO
CONVULSIONES: SI NO
INCONSCIENTE: SI NO
LETÁRGICO: SI NO
Educación en Signos Generales de Peligro: SI NO
Constitución en Signos Generales de Peligro: SI NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0__ 1__ 2__ 3 X 4 o mas__
¿CON QUE HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X CEPILLO X ENJUAGUE__ GASA__
SEDA__ CUANTAS VECES 1__ 2__ 3__ 4 o mas__
OTRO, CUAL?
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO__

RECUERDE
*Remocion de placa bacteriana: semestral a partir del 1 año hasta los 17 años
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (según criterio)
*Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)

Educación en Salud Bucal: SI NO
Constitución en Salud Bucal: SI NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?: SI NO
N° DE DIAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?: SI
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS: SI
(TIRAJES SUBCOSTALES INTERCOSTALES SUPRAESTERNALES)
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RAPIDA

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?: SI NO
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES?: SI NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?: SI NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

| | |
|---|---|
| MENOR DE 2 MESES | Normal de 20 a 60 |
| DE 2 MESES A 11 MESES | Normal de 20 a 50 |
| DE 12 MESES A 5 AÑOS | Normal de 20 a 40 |
| DE 6 AÑOS A 8 AÑOS | Normal de 20 a 30 |

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA?: SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI NO
Educación en IRA-TB-COVID19: SI NO
Constitución en IRA-TB-COVID19: SI NO

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?: SI NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?: SI NO
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO: SI NO
¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA?: SI

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI NO
BOCA SECA: SI NO
FONTANELA HUNDIDA: SI NO
BEBE AVIDAMENTE: SI NO
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG: SI NO

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA NI VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI NO
Educación en EDA: SI NO
Constitución en EDA: SI NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?: SI NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES: SI NO
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS: SI NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 5 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia): SI NO

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS
* FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 5 DIAS

Educación en F-EBRE: SI NO
Constitución en F-EBRE: SI NO

PÁGINA 2 DE 3

DENGUE

VIVE O VISITO ZONA ENDÉMICA EN LOS ULTIMOS 15 DIAS: SI NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES: SI NO
TIENE DEPÓSITOS DE AGUA: SI NO
A. SIN TAPA: SI NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS: SI NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO: SI NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI NO
DOLOR RETRO OCULAR
MALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI NO
Constitución en DENGUE: SI NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO: SI NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA: SI NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO: SI NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ULTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS: SI NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN: SI NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA: SI NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:
NODOCEADAS
BORDES ABULTADOS
CENTRO GRANULOMATOSO
LESIONES NODULARES
LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNOSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS: SI NO
Constitución en LEISHMANIASIS: SI NO

CHAGAS

¿SABE QUE ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS?: SI NO
¿ALGUNA VEZ HAN PICADO EN SU CASA O EN SUS ALREDEDORES?: SI NO
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU CASA O EN SUS ALREDEDORES?: SI NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS?: SI NO

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI NO
Constitución en CHAGAS: SI NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE ALIMENTA: SI NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑO: SI NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DOLOR DE CABEZA
EL NIÑO HA PERDIDO LA ACTIVIDAD DE MANERA SÚBITA O CON MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS: SI NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES: SI NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑO: SI NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO: SI NO
EN LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO: SI NO

Powered by CamScanner

Educación en TRASTORNOS BUCALES — SI ✓ — NO

Consolidación en CARIES INFANTIL — SI — NO ✓

EL NIÑO O NIÑA TUVO PROBLEMAS DE OIDOS?

N° DE EPISODIOS PREVIOS — HACE CUANTOS DIAS — SI — NO ✓

(EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDOS) — SI — NO ✓

Educación en PROBLEMAS DE OIDOS — SI — NO ✓

PROBLEMAS DE OIDOS

HACE CUANTOS DIAS — SI — NO ✓

TUVO ACOMPAÑANTE AL MOMENTO DE LA CRISIS — SI — NO ✓

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA — SI — NO ✓

Consolidación en PROBLEMAS DE OIDOS — SI — NO ✓

DESPISTAJE CLINICO DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

| | | |
|---|---|---|
| PALIDEZ PALMAR | SI | NO ✓ |
| PALIDEZ CONJUNTIVAL | SI | NO ✓ |
| EDEMA | SI | NO ✓ |
| CAIDA DE CUNA U OTRA | SI | NO ✓ |
| DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE PAÑAL) | SI | NO ✓ |
| ABDOMEN GLOBOSO DE BANDERA | SI | NO ✓ |
| DELGADEZ EXTREMA | SI | NO ✓ |

NUTRICION

PERIMETRO BRAQUIAL — MEDIDA — EN CENTIMETROS

TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM (RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

LACTANCIA MATERNA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? | SI | NO | |
| ¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | SI | NO | |
| ¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | SI | NO | |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | | EN MESES | EN DIAS |
| ¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? | | EN MESES | EN DIAS |

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN — SI ✓ — NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? — SI — NO ✓

| | | |
|---|---|---|
| OBESIDAD | SI | NO |
| SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO SOBREPESO | SI | NO |
| RIESGO DNT | SI | NO |
| DNT | SI | NO |

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA — SI ✓ — NO

Educación en Nutrición — SI — NO

Consolidación en Nutrición — SI ✓ — NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA — SI ✓ — NO

MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niños entre 6 y 24 meses) — SI ✓ — NO

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niños entre 24 y 59 meses) — SI ✓ — NO

RECIBIO DESPARASITACION EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) — SI ✓ — NO

| CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA | | |
|---|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 1 MES | 24-29 MESES |
| | 4-5 MESES | 3 AÑOS |
| ENFERMERIA | 2-3 MESES | 18-23 MESES |
| | 6-8 MESES | 30-35 MESES |
| | 9-11 MESES | 4 AÑOS |

| CONSULTAS PARA INFANCIA | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 6 A 9 Y 10 AÑOS |
| ENFERMERIA | 7, 8 Y 11 AÑOS |
| TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | 10 Y 11 AÑOS |

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI — NO

Consolidación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI — NO ✓

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

| | | |
|---|---|---|
| ¿CONSIDERA USTED QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? | SI | ✓ |
| ¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJ@? COMO? | ✓ | NO |
| JUEGO | ✓ | NO |
| DIALOGO | ✓ | NO |
| ACOMPAÑAMIENTO | ✓ | NO |

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

| | | |
|---|---|---|
| DIALOGO | ✓ | NO |
| ESTABLECEN ACUERDOS | ✓ | NO |
| LOS EVITAN | SI | ✓ |
| GRITAN | SI | ✓ |
| SE GOLPEAN | SI | ✓ |

RIESGO DE MALTRATO

| EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FISICAS | SI | NO |
|---|---|---|
| CICATRICES | | |
| QUEMADURAS | | |
| FRACTURAS INEXPLICABLES | | |
| QUEJAS CRONICAS DE DOLOR | | |
| MARCAS DE MORDEDURAS | | |
| HEMATOMAS SIN CAUSA APARENTE | | |

| EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES | SI | NO |
|---|---|---|
| DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR | | |
| LLANTO FRECUENTE | | |
| AGRESIVO | | |
| DISTRAIDO | | |
| PASIVIDAD | | |
| DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION | | |
| TEMOR A LOS PADRES O ALGUN MIEMBRO DE LA | | |

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRIRIN) — SI ✓ — NO

OTRO, CUAL? _____

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI ✓ — NO

Consolidación en Convivencia Social y Salud Mental — SI — NO ✓

PAGINA 2 DE 3

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA — SI ✓ — NO

CUAL? _____ (DE MOTOSIERRA)

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAIDAS ✓ INTOXICACIONES _____ QUEMADURAS _____ ELECTROCUCIÓN _____ ASFIXIA _____ AHOGAMIENTO _____ TRANSITO _____ OTRO _____ ¿CUAL? _____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS — SI ✓ — NO

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) — SI ✓ — NO

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) — SI — NO ✓

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar — SI ✓ — NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON EL ESQUEMA CORRESPONDIENTE

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS — SI ✓ — NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACIÓN SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

| BCG (Unica Dosis) | HEPATITIS B (Recien Nacido) |
|---|---|
| SI — NO | SI — NO |

| 2 MESES | |
|---|---|
| PENTAVALENTE | SI — NO |
| POLIO | SI — NO |
| ROTAVIRUS | SI — NO |
| NEUMOCOCO | SI — NO |

| 4 MESES | |
|---|---|
| PENTAVALENTE | SI — NO |
| POLIO | SI — NO |
| ROTAVIRUS | SI — NO |
| NEUMOCOCO | SI — NO |

| 6 MESES | |
|---|---|
| PENTAVALENTE | SI — NO |
| POLIO | SI — NO |
| INFLUENZA | SI — NO |

| 7 MESES | |
|---|---|
| 2da DOSIS DE INFLUENZA | SI — NO |

| 12 MESES O 1 AÑO | |
|---|---|
| SARAMPION ampolla | SI — NO |
| VARICELA | SI — NO |
| NEUMOCOCO | SI — NO |
| HEPATITIS A | SI — NO |

| 18 MESES | |
|---|---|
| DPT (Difteria Tetanos, Tosferina) Refuerzo | SI — NO |
| POLIO | SI — NO |
| VARICELA Refuerzo | SI — NO |

| 5 AÑOS | |
|---|---|
| DPT (Difteria Tetanos, Tosferina) Refuerzo | SI — NO |
| POLIO | SI — NO |
| VARICELA Refuerzo | SI — NO |

| NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA | | |
|---|---|---|
| Virus del Papiloma Humano (VPH) (Unica Dosis) | SI | NO |

| COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES | |
|---|---|
| 1ra Dosis | SI — NO |
| 2da Dosis | SI — NO |

VACUNAS ADICIONALES

| INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES) | SI | NO |
|---|---|---|

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD — SI ✓ — NO

Educación en PAI — SI ✓ — NO

Consolidación en PAI — SI ✓ — NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud | CURSO DE VIDA | CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR | EDUCACIÓN AL CUIDADOR |
|---|---|---|---|
| Promover hábitos de higiene corporal | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, Consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV) | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para mantener la salud y el gozo de visual y postural | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable | I | ✓ | ✓ |
| Promover el cuidado a cuidadores | I | ✓ | ✓ |
| Promover pautas de higiene del sueño | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover la alimentación saludable | PI-I | ✓ | ✓ |
| Educar en derechos sexuales | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover la identificación de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales | PI-I | ✓ | ✓ |
| Promover el ejercicio del derecho a la salud | PI-I | ✓ | ✓ |

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor con esquema de Vacunación acorde a la edad, Pendiente C y D

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: _____

EVALUADO POR: _____ PIC _____

CONCURRENCIA _____

Nombre de la Persona que recibe la visita: Yuler Viana Gutierrez

OTRO — CUAL: _____

PAGINA 3 DE 3

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**
**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**
**FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES - KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS**

Código: [illegible]
Versión: 01
Fecha de aprobación: 20 / Marzo / 2019

N° FICHA FAMILIAR: #37 — MUNICIPIO: Capamapi — VEREDA: Inspección Dindal — ÁREA: Rural Disperso — FECHA VISITA: 11-03-2026
FUENTE: APS ☐ PIC ☐ CONCURRENCIA ☒
DIRECCIÓN: — TELÉFONO: 311-413-68-42

## IDENTIFICACIÓN

| 1er. NOMBRE | 2do. NOMBRE | 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO |
|---|---|---|---|
| Katherine | | Castañeda | Anzola. |

TIPO DE DOCUMENTO: CC ☒ TI ☐ CE ☐ ADULTO SIN IDENTIFICACIÓN ☐ NUIP ☐ — N° DOCUMENTO: 1091578404 — FECHA DE NACIMIENTO: 23-11-2005

**NOTIFICACIÓN DE GESTANTE MENOR 15 AÑOS:** JUSTICIA ☐ PROTECCIÓN ☐ SALUD ☐

**ESTADO CIVIL:** SOLTERA ☐ CASADA ☐ VIUDA ☐ SEPARADA ☐ UNIÓN LIBRE ☒

**EDAD:** 20 años.

**PERTENENCIA ÉTNICA:** INDÍGENA ☐ ROM-GITANO ☐ RAIZAL ☐ PALENQUERO ☐ AFRO COLOMBIANO ☐ OTRO ☐

**GRUPO POBLACIONAL:** DESMOVILIZADA ☐ MADRE COMUNITARIA ☐ CON DISCAPACIDAD ☐ TRATA DE PERSONAS ☐ HABITANTE DE CALLE ☐ MIGRANTE ☐ POBLACIÓN CARCELARIA ☐ VICTIMA CONFLICTO ARMADO ☐

**TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD:** VISUAL ☐ FISICA ☐ COGNITIVA ☐ AUDITIVA ☐ MULTIPLE ☐ NINGUNA ☒ SORDO - CEGUERA ☐ MENTAL O PSICOSOCIAL ☐

**VINCULACIÓN A RÉGIMEN DE SALUD:** CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ SUBSIDIADO ☒ NINGUNO ☐

**NOMBRE EAPB:** Salud Total.

**NOMBRE IPS PRIMARIA DE ATENCIÓN:** Centro de Salud Capamapi

**ESCOLARIDAD:** PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICA ☒ UNIVERSITARIA ☐ ESPECIALISTA ☐ SIN ESTUDIOS ☐

## INFORMACIÓN DE LA GESTACIÓN ACTUAL

**EMBARAZO ACTUAL**

FORMULA OBSTÉTRICA: G 2 P ☐ C ☐ A ☐ V ☐ M ☐ — FECHA ULTIMO PARTO: 13 12 2024 — CONSULTA PRECONCEPCIONAL: SI ☐ NO ☒
FEC. ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: 20 12 2025 — SEMANA DE GESTACIÓN: — FECHA PROBABLE DE PARTO: — ASISTENCIA CPNT: SI ☒ NO ☐
FECHA INICIO CPNT: 19 02 2026 — TIENE CARNÉ MATERNO: SI ☒ NO ☐ — CUANTAS SEMANAS TENIA AL INICIO DEL CPNT: — — A CUANTOS CPNT ASISTIÓ: ☐
FECHA DEL ULTIMO CPNT: 18 02 2026

**VACUNAS**

TD/TT: 1D ☐ 2D ☐ 3D ☐ 4D ☐ 5D ☐ — SIN VACUNA ☒ — ESQUEMA COMPLETO ☐ — DPT ACELULAR: SI ☐ NO ☐ — INFLUENZA: SI ☐ NO ☐

## CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA GESTANTE

| A. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS | | | B. CONDICIONES ASOCIADAS | | | C. EMBARAZO ACTUAL | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEPRESIÓN POS PARTO | 55 | ☐ | ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES | 56 | ☐ | AMENAZA DE ABORTO | 75 | ☐ |
| ENFERMEDAD FIBROPOBLÁSTICA | 24 | ☐ | ASMA | 57 | ☐ | ANEMIA | 76 | ☐ |
| EDAD: MENOS DE 15 AÑOS | 57 | ☐ | CUALQUIER ENF. CRÓNICA DIAGNOSTICADA | 58 | ☐ | CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO | 77 | ☐ |
| EDAD: MAYOR DE 35 | 58 | ☐ | DIABETES GESTACIONAL | 59 | ☐ | DESNUTRICIÓN | 78 | ☐ |
| HEMORRAGIA POS PARTO | 59 | ☐ | DIABETES MELLITUS I Y II | 60 | ☐ | EMBARAZO MÚLTIPLE | 79 | ☐ |
| HOSPITALIZACIÓN EN GESTACIONES PREVIAS | 60 | ☐ | ENFERMEDAD CARDIACA | 61 | ☐ | EMBARAZO NO DESEADO | 80 | ☐ |
| MAS DE DOS CESÁREAS | 61 | ☐ | ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA | 62 | ☐ | HEMORRAGIA VAGINAL: MENOR DE 20 SEMANAS | 81 | ☐ |
| MUERTE FETAL | 62 | ☐ | HIPERTENSIÓN CRÓNICA | 63 | ☐ | HEMORRAGIA VAGINAL: MAYOR DE 20 SEMANAS | 82 | ☐ |
| MUERTE PERINATAL | 63 | ☐ | IVU RECURRENTE | 64 | ☐ | HEPATITIS B | 83 | ☐ |
| PARIDAD: 0 PARTOS | 64 | ☐ | TRASTORNOS TIROIDEOS | 65 | ☐ | INICIO CPNT DESPUÉS SEM 12 | 84 | ☐ |
| PARIDAD: MAYOR A 4 PARTOS | 65 | ☐ | VARICES SEVERAS | 66 | ☐ | MALFORMACIONES FETALES | 85 | ☐ |
| PARTO PREMATURO | 66 | ☐ | VIH - SÍFILIS | 67 | ☐ | OBESIDAD | 86 | ☐ |
| RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO | 67 | ☐ | | | | PLACENTA PREVIA | 87 | ☐ |
| RIESGO DE ISOINMUNIZACION | 68 | ☐ | | | | RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | 88 | ☐ |
| TRASTORNOS HIPERTENSIVOS | 69 | ☐ | | | | SÍFILIS GESTACIONAL | 89 | ☐ |
| MAS DE DOS ABORTOS | 70 | ☐ | | | | TOXOPLASMOSIS | 90 | ☐ |
| | | | | | | TRABAJO DE PARTO PROLONGADO | 91 | ☐ |
| | | | | | | TRASTORNO HIPERTENSIVO | 92 | ☐ |
| | | | | | | TRASTORNO CRECIMIENTO UTERINO | 93 | ☐ |
| | | | | | | VIH MATERNO | 94 | ☐ |

PUNTAJE TOTAL: BAJO RIESGO = NO — RIESGO ALTO = SI

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES - KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS

Código: M-PDS-GSP-FR-026
Versión: 01
Fecha de aprobación: 20 / Marzo / 2018

DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL HA PRESENTADO:

| | 1ra. VISITA | 2da. VISITA | 3ra. VISITA | 4ta. VISITA | 5ta. VISITA | 6ta. VISITA | 7ma. VISITA | 8va. VISITA | 9na. VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11/03/2026 | D M A | D M A | D M A | D M A | D M A | D M A | D M A | D M A |
| **RIESGO PSICOSOCIAL** | | | | | | | | | |
| TENSIÓN EMOCIONAL LLANTO FÁCIL | NO | NO | NO | | | | | | |
| HUMOR DEPRESIVO | NO | NO | NO | | | | | | |
| TRANSPIRACIÓN MANOS, BOCA SECA | NO | NO | NO | | | | | | |
| SOPORTE FAMILIAR | NO | NO | NO | | | | | | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | NO | NO | NO | | | | | | |
| **BIOLÓGICOS** | | | | | | | | | |
| **SIGNOS DE ALARMA ANTES DE LA SEMANA 20** | | | | | | | | | |
| VOMITO PERSISTENTE | NO | NO | NO | | | | | | |
| FIEBRE T° >38°c | NO | NO | NO | | | | | | |
| DOLOR FUERTE BAJO VIENTRE | NO | NO | NO | | | | | | |
| ARDOR O MOLESTIAS AL ORINAR | NO | NO | NO | | | | | | |
| SANGRADO VAGINAL | NO | NO | NO | | | | | | |
| FLUJO VAGINAL MAL OLOR | NO | NO | NO | | | | | | |
| NO GANANCIA O PERDIDA DE PESO | NO | NO | NO | | | | | | |
| **SIGNOS DE ALARMA DESPUÉS DE LA SEMANA 20** | | | | | | | | | |
| DOLOR DE CABEZA VISIÓN BORROSA | NO | NO | NO | | | | | | |
| FIEBRE T° >38°c | NO | NO | NO | | | | | | |
| HINCHAZÓN EN CARA MANOS PIES | NO | NO | NO | | | | | | |
| DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO | NO | NO | NO | | | | | | |
| AUSENCIA MVTOS BEBÉ | NO | NO | NO | | | | | | |
| DOLOR SEVERO EN EL BAJO VIENTRE | NO | NO | NO | | | | | | |
| ARDOR O MOLESTIA AL ORINAR | NO | NO | NO | | | | | | |
| SALIDA DE SANGRE POR LA VAGINA | NO | NO | NO | | | | | | |
| PRESENCIA DE MAS DE 4 CONTRACCIONES POR HORA | NO | NO | NO | | | | | | |
| RETRASO DE INICIO DE DOLORES DE PARTO | NO | NO | NO | | | | | | |
| DIFICULTAD PARA RESPIRAR AHOGO | NO | NO | NO | | | | | | |
| DOLOR DE PECHO SEVERO | NO | NO | NO | | | | | | |
| TENER UNA PIERNA MAS HINCHADA QUE LA OTRA | NO | NO | NO | | | | | | |
| NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA | Karla Acosta | | | | | | | | |
| PROFESIÓN | Enfermera | | | | | | | | |

**PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CONTROL PRENATAL**

ENFERMERA [ ] MEDICO GENERAL [X] GINECÓLOGO [ ]

**ASISTE AL CURSO PARA LA PREPARACIÓN DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD** SI [ ] NO [X]

**EXÁMENES DE LABORATORIO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRUEBA TREPONEMICA O VDRL | I TRIM | [X] | II TRIM | [ ] | III TRIM | [ ] | NO TIENE NINGUNA | [ ] | LAS TIENE TODAS | [ ] |
| PRUEBA RÁPIDA DE VIH | I TRIM | [X] | II TRIM | [ ] | III TRIM | [ ] | NO TIENE NINGUNA | [ ] | LAS TIENE TODAS | [ ] |
| DEMÁS PARACLÍNICOS | I TRIM | [X] | II TRIM | [ ] | III TRIM | [ ] | NO TIENE NINGUNA | [ ] | LAS TIENE TODAS | [ ] |

**ECOGRAFÍAS**

ECO DE TAMIZAJE SI [ ] NO [ ] ECO DETALLE ANATÓMICO SI [ ] NO [ ] AMBAS SI [ ] NO [ ] NINGUNA SI [X] NO [ ]

**SUMINISTRO DE MICRONUTRIENTES**

ÁCIDO FÓLICO SI [X] NO [ ] SULFATO FERROSO SI [ ] NO [ ] CARBONATO DE CALCIO SI [ ] NO [ ] NO LOS RECIBIÓ SI [ ] NO [ ]

**ANTIPARASITARIOS**

NO LOS RECIBIÓ SI [ ] NO [ ] NO LOS REQUIRIÓ SI [ ] NO [ ]

| CAUSAS SI REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN | | CONDICIÓN DE LA GESTACIÓN | | APOYO PSICOSOCIAL | | QUIEN BRINDA EL APOYO | | CONOCE DERECHOS EN SSR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRASTORNO HIPERTENSIVOS | [ ] | DESEADO | [ ] | AFECTIVO | [ ] | FAMILIA | [ ] | SI [ ] | NO [ ] |
| COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS | [ ] | PLANEADO | [ ] | EMOCIONAL | [ ] | PAREJA | [ ] | | |
| COMPLICACIONES DEL ABORTO | [ ] | ACEPTADO | [ ] | ECONÓMICO | [ ] | OTRO | [ ] | | |
| SEPSIS DE ORIGEN OBSTÉTRICO Y NO OBSTÉTRICO | [ ] | TODAS LAS ANTERIORES | [ ] | TODAS LAS ANTERIORES | [ ] | NINGUNA | [ ] | | |
| ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE SE COMPLICA | [ ] | MANIFIESTA INTENSIÓN IVE | [ ] | NINGUNA | [ ] | FAMILIA Y PAREJA | [ ] | | |
| OTRO | [ ] | | | | | SOCIAL (GRUPOS SOCIALES, ENTIDADES, ONG, PASTORAL, ETC) | [ ] | | |
| NINGUNA | [ ] | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**
**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**
**FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES - KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS**

Código: M-PDS-GSP-FR-025
Versión: 01
Fecha de aprobación: 20 / Marzo / 2019

| | 1ra. VISITA | 2da. VISITA | 3ra. VISITA | 4ta. VISITA | 5ta. VISITA | 6ta. VISITA | 7ma. VISITA | 8va. VISITA | 9na. VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SIGNOS DE ALARMA | | | | | | | | | |
| AUTOCUIDADO | | | | | | | | | |
| NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN | | | | | | | | | |
| LACTANCIA MATERNA | | | | | | | | | |
| VACUNACIÓN | | | | | | | | | |
| DERECHOS SSR | | | | | | | | | |
| CUIDADOS DEL RN | | | | | | | | | |
| SALUD ORAL | | | | | | | | | |
| IVE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO | | | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | | | |
| NINGUNO | | | | | | | | | |
| NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA | | | | | | | | | |
| PROFESIÓN | | | | | | | | | |

| | 1ra. VISITA | 2da. VISITA | 3ra. VISITA | 4ta. VISITA | 5ta. VISITA | 6ta. VISITA | 7ma. VISITA | 8va. VISITA | 9na. VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTROL PRENATAL | | | | | | | | | |
| VACUNACIÓN | | | | | | | | | |
| ODONTOLOGÍA | | | | | | | | | |
| PLANIFICACIÓN | | | | | | | | | |
| CONTROL PUERPERIO | | | | | | | | | |
| CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD | | | | | | | | | |
| PSICOLOGÍA | | | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | | | |
| NINGUNO | | | | | | | | | |
| NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA | | | | | | | | | |
| PROFESIÓN | | | | | | | | | |

GESTANTE ☐ PUÉRPERA ☐

**VISITA POST-PARTO**

FECHA DE VISITA D D M M A A A A LUGAR DE ATENCIÓN PARTO INSTITUCIÓN ☐ CASA ☐ OTRO ☐

FECHA DE PARTO D D M M A A A A NOMBRE IPS

**TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN**

ABORTO ☐
PARTO VAGINAL ☐
CESAREA ☐
IVE ☐

**CAUSAL IVE**

SALUD MATERNA ☐
MALFORMACIÓN FETAL ☐
EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLENCIA SEXUAL ☐

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONTROL POS PARTO | SI | NO |
| ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TRABAJO PARTO | SI | NO |
| ANALGESIA | SI | NO |
| MANEJO ACTIVO DE ALUMBRAMIENTO | SI | NO |

**MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRE ECLAMPSIA SEVERA | SI NO | RUPTURA UTERINA | SI NO | NINGUNA | SI NO | FALLA DE COAGULACIÓN | SI NO |
| ECLAMPSIA | SI NO | FALLA RESPIRATORIA | SI NO | SEPSIS | SI NO | TROMBOEMBOLISMO PULMONAR | SI NO |
| FALLA HEPÁTICA | SI NO | HEMORRAGIA CEREBRAL | SI NO | FALLA RENAL | SI NO | HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA | SI NO |

**SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DOLOR DE CABEZA | SI NO | SANGRADO ABUNDANTE | SI NO | DIFICULTAD RESPIRATORIA | SI NO |
| VISION BORROSA | SI NO | DOLOR BAJO DE VIENTRE | SI NO | DEPRESIÓN EMOCIONAL (LLANTO FÁCIL Y PENSAMIENTO SUICIDA) | SI NO |
| VER LUCES Y ESCUCHAR PITIDOS | SI NO | VOMITO | SI NO | SIGNOS DE MASTITIS | SI NO |
| LOQUIOS FETIDOS | SI NO | CEFALEA | SI NO | INFLAMACION DE MANOS, PIES Y CARA | SI NO |
| FIEBRE | SI NO | FC MAYOR A 100 X MIN | SI NO | SIGNOS DE INFECCIÓN EN ÁREA DE SUTURA (EPISIORRAFIA O CESÁREA) | SI NO |

RIESGO PUÉRPERA ALTO ☐ BAJO ☐

FECHA CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR D D M M A A A A ASESORÍA POS EVENTO OBSTÉTRICO SI NO

**MÉTODO UTILIZADO**

ORAL ☐ INYECTABLE ☐ LIGADURA DE TROMPAS ☐ DIU ☐ OTRO ☐ NINGUNO ☐

**ESTADO DEL RECIÉN NACIDO**

VIVO ☐
MUERTO ☐
MUERTO ANTES DEL PARTO ☐
MUERTO DURANTE EL PARTO ☐
MUERTO DESPUÉS DEL PARTO ☐

**ESTADO DEL MUÑÓN UMBILICAL**

**VACUNACIÓN RN**

SIN SIGNOS DE INFECCIÓN (SSI) ☐
CON SIGNOS DE INFECCIÓN (CSI) ☐
NO REALIZADO ☐
BCG ☐
HEPATITIS B ☐
BCG Y HEPATITIS B ☐
NO ESTA VACUNADO ☐

FECHA CONTROL RN D D M M A A A A
FECHA DE VISITA D D M M A A A A
CONTACTO PIEL A PIEL SI NO
LACTANCIA INMEDIATA SI NO
LACTANCIA MATERNA SI NO
PESO (Grs)
TALLA (Cm)

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

**PLAN DE CUIDADO E INTERVENCION FAMILIAR EN SALUD EQUIPOS BASICOS DE SALUD**
**AÑO 2025 MUNICIPIO DE CAPARRAPI CUNDINAMARCA**

Gobernación de Cundinamarca

MUNICIPIO: Chaguaní VEREDA: CLASIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR: TELEFONO DE CONTACTO:

APELLIDOS DE LA FAMILIA: FECHA DE SEGUIMIENTO O INTERVENCION: Nº FICHA FAMILIAR:

Nº DE DOCUMENTO DEL JEFE DEL HOGAR: Nº DE TERRITORIO

Nº INTEGRANTE: EDAD: FC: FR: T/A: IMC: T°: PESO: TALLA: PA: Nº INTEGRANTE: EDAD: FC: FR: T/A: IMC: T°: PESO: TALLA: PA:

Nº INTEGRANTE: EDAD: FC: FR: T/A: IMC: T°: PESO: TALLA: PA: Nº INTEGRANTE: EDAD: FC: FR: T/A: IMC: T°: PESO: TALLA: PA:

| HALLAZGOS | INTERVENCIONES REALIZADAS AL MOMENTO DE VISITA | COMPROMISOS |
|---|---|---|
| -Gestante con embarazo confirmado mediante prueba de embarazo positiva<br>-Inicia control prenatal oportuno el mismo día.<br>-Se evidencia adecuada captación temprana de la gestación.<br>-Se gestionan exámenes del primer trimestre, ordenes a ginecología y nutricionista.<br>-Se realiza constante seguimiento telefónico mientras es el tiempo del seguimiento presencial.<br>-cuenta con apoyo de su pareja sentimental.<br>-Gestante manifiesta inconformidad con el servicio de salud referiendo fallas en el agendamiento de citas. | -Se educa sobre la importancia de los controles continuos.<br>-Se Orienta sobre la ingesta adecuada de los micronutrientes<br>-Información sobre signos de alarma en el embarazo.<br>-Reforzamiento de la importancia de asistir a las citas programadas.<br>-Escucha activa frente a la inconformidad manifestada.<br>Signos vitales<br>Peso: 73kg. FC: 105-104<br>Talla: 1:54 FR: 20<br>TA: 120/72 | Por parte de la gestante:<br>-Asistir a controles prenatales y citas programadas.<br>-Cumplir con la toma adecuada de los micronutrientes.<br>-Informar oportunamente cualquier signo de alarma.<br>Por Parte del Auxiliar<br>-Realizar seguimiento oportuno y telefonico.<br>-Verificar el correcto agendamiento de citas.<br>-Brindar acompañamiento en todo su proceso de gestación.<br>-fortalecer la educación en salud y apoyo emocional. |

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA FAMILIAR, DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y No DE TELEFONO

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA VISITA DE SALUD Y CARGO: Aux. Enfermera APS. Maritza M.L.

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: Mar20 — 2. TEMÁTICA: Mujeres en edad fertil y GESTANTES. (3)

3. MUNICIPIO: Sopamapi- Cundinamarca. — 4. LUGAR: Inspeccion Dindal.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Maritza Mamquin

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 1071581000 — Firma: Maritza M.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.Si 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Leidy Alejandra Babativa Ramirez | 1 | 1016714739 | 1 | 2 | 02-10 2006 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | 1 | Inspeccion Dindal | 314221 6251 | B0802 | Leidy Ramirez |
| 2 | Simena Mahecha Torres | 1 | 1111198436 | 1 | 2 | 29-07 2009 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 1 | estudiante | 1 | Los Monos. | 316199 4104 | B0302 | sin dato |
| 3 | Doris Liliana Sierra cañon | 1 | 1108206026 | 1 | 2 | 22-07 1990 | 1 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Higienista Oral. | 1 | Inspeccion Dindal | 317816 6723 | B0302 | Liliana Sierra |
| 4 | Daniela Garzon Aguilar | 1 | 1007322302 | 1 | 2 | 22-11 1996 | 2 famisanar | N/A | N/A | N/A | 1 | Hogar | 1 | Inspeccion Dindal | 322812 6165 | B0302 | |
| 5 | Katherine Castañeda Arcila | 1 | 1071578904 | 1 | 2 | 29-11 2005 | 2 salud total | N/A | N/A | N/A | 1 | Hogar | 1 | Inspeccion Dindal | 311473 6842 | B0302 | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**
**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**
**FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES - KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS**

Código: [illegible]
Versión: 01
Fecha de aplicación: 20 / Marzo / 2019

Nº FICHA FAMILIAR: #5 — MUNICIPIO: Cupamapi — VEREDA: Inspección Distrital. — ÁREA: Rural Disperso — FECHA VISITA: 11-03-2026
FUENTE: APS ☐ PIC ☐ CONCURRENCIA ☑
DIRECCIÓN: [illegible] — TELEFONO: 322-812-61-65

## IDENTIFICACIÓN

| 1er. NOMBRE | 2do. NOMBRE | 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO |
|---|---|---|---|
| Daniela | | Cerzón | Aguilar. |

TIPO DE DOCUMENTO: CC ☑ TI ☐ CE ☐ ADULTO SIN IDENTIFICACIÓN ☐ NUIP ☐ — Nº DOCUMENTO: 1.007.322.301 — FECHA DE NACIMIENTO: 22-11-1999

**NOTIFICACIÓN DE GESTANTE MENOR 15 AÑOS:** JUSTICIA ☐ PROTECCIÓN ☐ SALUD ☐

**ESTADO CIVIL:** SOLTERA ☐ CASADA ☐ VIUDA ☐ SEPARADA ☐ UNIÓN LIBRE ☑

**EDAD:** 26 años.

**PERTENENCIA ÉTNICA:** INDIGENA ☐ ROM-GITANO ☐ RAIZAL ☐ PALENQUERO ☐ AFRO COLOMBIANO ☐ OTRO ☐

**GRUPO POBLACIONAL:** DESMOVILIZADA ☐ MADRE COMUNITARIA ☐ CON DISCAPACIDAD ☐ TRATA DE PERSONAS ☐ HABITANTE DE CALLE ☐ MIGRANTE ☐ POBLACIÓN CARCELARIA ☐ VICTIMA CONFLICTO ARMADO ☐

**TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD:** VISUAL ☐ FÍSICA ☐ COGNITIVA ☐ AUDITIVA ☐ MULTIPLE ☐ NINGUNA ☐ SORDO - CEGUERA ☐ MENTAL O PSICOSOCIAL ☐

**VINCULACIÓN A RÉGIMEN DE SALUD:** CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ SUBSIDIADO ☑ NINGUNO ☐

**NOMBRE EAPB:** Famisanar.

**NOMBRE IPS PRIMARIA DE ATENCIÓN:** Centro de salud Cupamapi.

**ESCOLARIDAD:** PRIMARIA ☑ SECUNDARIA ☐ TÉCNICA ☐ UNIVERSITARIA ☐ ESPECIALISTA ☐ SIN ESTUDIOS ☐

## INFORMACIÓN DE LA GESTACIÓN ACTUAL

**EMBARAZO ACTUAL**

FORMULA OBSTÉTRICA: G 5 P 3 C 0 A 1 V 3 M 1 — FECHA ULTIMO PARTO: 12 02 2015 — CONSULTA PRECONCEPCIONAL: SI ☐ NO ☑

FEC. ULTIMA MENSTRUACIÓN: 04 11 2025 — SEMANA DE GESTACIÓN: 31 — FECHA PROBABLE DE PARTO: D D M M A A A A — ASISTENCIA CPNT: SI ☐ NO ☐

FECHA INICIO CPNT: D D M M A A A A — TIENE CARNÉ MATERNO: SI ☑ NO ☐ — CUANTAS SEMANAS TENIA AL INICIO DEL CPNT: ☐ — A CUANTOS CPNT ASISTIÓ: ☐

FECHA DEL ULTIMO CPNT: D D M M A A A A

**VACUNAS**

TD/TT 1D ☐ 2D ☐ 3D ☐ 4D ☐ 5D ☐ SIN VACUNA ☐ — ESQUEMA COMPLETO ☑ — DPT ACELULAR SI ☐ NO ☐ — INFLUENZA SI ☑ NO ☐

## CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA GESTANTE

| A. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS | | |
|---|---|---|
| DEPRESIÓN POS PARTO | SI ☐ | NO ☑ |
| ENFERMEDAD FIBROFIBLÁSTICA | SI ☐ | NO ☑ |
| EDAD: MENOS DE 15 AÑOS | SI ☐ | NO ☑ |
| EDAD: MAYOR DE 35 | SI ☑ | NO ☐ |
| HEMORRAGIA POS PARTO | SI ☐ | NO ☑ |
| HOSPITALIZACIÓN EN GESTACIONES PREVIAS | SI ☐ | NO ☑ |
| MAS DE DOS CESÁREAS | SI ☐ | NO ☑ |
| MUERTE FETAL | SI ☐ | NO ☑ |
| MUERTE PERINATAL | SI ☐ | NO ☑ |
| PARIDAD: 0 PARTOS | SI ☐ | NO ☑ |
| PARIDAD: MAYOR A 4 PARTOS | SI ☐ | NO ☑ |
| PARTO PREMATURO | SI ☐ | NO ☑ |
| RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO | SI ☐ | NO ☑ |
| RIESGO DE ISOINMUNIZACION | SI ☐ | NO ☑ |
| TRASTORNOS HIPERTENSIVOS | SI ☐ | NO ☑ |
| MAS DE DOS ABORTOS | SI ☐ | NO ☑ |

| B. CONDICIONES ASOCIADAS | | |
|---|---|---|
| ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES | SI ☐ | NO ☑ |
| ASMA | SI ☐ | NO ☑ |
| CUALQUIER ENF. CRÓNICA DIAGNOSTICADA | SI ☐ | NO ☑ |
| DIABETES GESTACIONAL | SI ☐ | NO ☑ |
| DIABETES MELLITUS I Y II | SI ☐ | NO ☑ |
| ENFERMEDAD CARDIACA | SI ☐ | NO ☑ |
| ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA | SI ☐ | NO ☑ |
| HIPERTENSIÓN CRÓNICA | SI ☐ | NO ☑ |
| IVU RECURRENTE | SI ☐ | NO ☑ |
| TRASTORNOS TIROIDEOS | SI ☐ | NO ☑ |
| VARICES SEVERAS | SI ☐ | NO ☑ |
| VIH - SIFILIS | SI ☐ | NO ☑ |

| C. EMBARAZO ACTUAL | | |
|---|---|---|
| AMENAZA DE ABORTO | SI ☐ | NO ☑ |
| ANEMIA | SI ☐ | NO ☑ |
| CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO | SI ☐ | NO ☑ |
| DESNUTRICIÓN | SI ☐ | NO ☑ |
| EMBARAZO MULTIPLE | SI ☐ | NO ☑ |
| EMBARAZO NO DESEADO | SI ☐ | NO ☑ |
| HEMORRAGIA VAGINAL: MENOR DE 20 SEMANAS | SI ☐ | NO ☑ |
| HEMORRAGIA VAGINAL: MAYOR DE 20 SEMANAS | SI ☐ | NO ☑ |
| HEPATITIS B | SI ☐ | NO ☑ |
| INICIO CPNT DESPUÉS SEM 10 | SI ☐ | NO ☑ |
| MALFORMACIONES FETALES | SI ☐ | NO ☑ |
| OBESIDAD | SI ☐ | NO ☑ |
| PLACENTA PREVIA | SI ☐ | NO ☑ |
| RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | SI ☐ | NO ☑ |
| SÍFILIS GESTACIONAL | SI ☐ | NO ☑ |
| TOXOPLASMOSIS | SI ☐ | NO ☑ |
| TRABAJO DE PARTO PROLONGADO | SI ☐ | NO ☑ |
| TRASTORNO HIPERTENSIVO | SI ☐ | NO ☑ |
| TRASTORNO CRECIMIENTO UTERINO | SI ☐ | NO ☑ |
| VIH MATERNO | SI ☐ | NO ☑ |

PUNTAJE TOTAL BAJO RIESGO = NO RIESGO ALTO= SI

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**
**GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA**
**FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES - KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS**

Código: M-PDS-GSP-FR-025
Versión: 01
Fecha de aprobación: 20 / Marzo / 2019

## SEGUIMIENTO

| | 1ra. VISITA | 2da. VISITA | 3ra. VISITA | 4ta. VISITA | 5ta. VISITA | 6ta. VISITA | 7ma. VISITA | 8va. VISITA | 9na. VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11/04/26 | 11/06/26 | | | | | | | |
| SIGNOS DE ALARMA | | | | | | | | | |
| AUTOCUIDADO | | | | | | | | | |
| NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN | | | | | | | | | |
| LACTANCIA MATERNA | | | | | | | | | |
| VACUNACIÓN | | | | | | | | | |
| DERECHOS SSR | | | | | | | | | |
| CUIDADOS DEL RN | | | | | | | | | |
| SALUD ORAL | | | | | | | | | |
| IVE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO | | | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | | | |
| NINGUNO | | | | | | | | | |
| NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA | | | | | | | | | |
| PROFESIÓN | | | | | | | | | |

## CANALIZACIÓN A SERVICIOS

| | 1ra. VISITA | 2da. VISITA | 3ra. VISITA | 4ta. VISITA | 5ta. VISITA | 6ta. VISITA | 7ma. VISITA | 8va. VISITA | 9na. VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11/04/26 | 11/06/26 | | | | | | | |
| CONTROL PRENATAL | | | | | | | | | |
| VACUNACIÓN | | | | | | | | | |
| ODONTOLOGÍA | | | | | | | | | |
| PLANIFICACIÓN | | | | | | | | | |
| CONTROL PUERPERIO | | | | | | | | | |
| CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD | | | | | | | | | |
| PSICOLOGÍA | | | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | | | |
| NINGUNO | | | | | | | | | |
| NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA | Maritza Manrique | | | | | | | | |
| PROFESIÓN | Dra Enfermera. | | | | | | | | |

## CLASIFICACIÓN

GESTANTE [X] PUÉRPERA [ ]

## PUERPERIO

**VISITA POST-PARTO**

FECHA DE VISITA D D M M A A A A — LUGAR DE ATENCIÓN PARTO — INSTITUCIÓN [ ] CASA [ ] OTRO [ ]

FECHA DE PARTO D D M M A A A A — NOMBRE IPS

**TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN**

ABORTO [ ]
PARTO VAGINAL [ ]
CESÁREA [ ]
IVE [ ]

**CAUSAL IVE**

SALUD MATERNA [ ]
MALFORMACIÓN FETAL [ ]
EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLENCIA SEXUAL [ ]

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONTROL POS PARTO | | |
| ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TRABAJO PARTO | | |
| ANALGESIA | | |
| MANEJO ACTIVO DE ALUMBRAMIENTO | | |

**MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRE ECLAMPSIA SEVERA | | | RUPTURA UTERINA | | | NINGUNA | | | FALLA DE COAGULACIÓN | | |
| ECLAMPSIA | | | FALLA RESPIRATORIA | | | SEPSIS | | | TROMBOEMBOLISMO PULMONAR | | |
| FALLA HEPÁTICA | | | HEMORRAGIA CEREBRAL | | | FALLA RENAL | | | HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA | | |

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DOLOR DE CABEZA | | | SANGRADO ABUNDANTE | | | DIFICULTAD RESPIRATORIA | | |
| VISIÓN BORROSA | | | DOLOR BAJO DE VIENTRE | | | DEPRESIÓN EMOCIONAL (LLANTO FÁCIL Y PENSAMIENTO SUICIDA) | | |
| VER LUCES Y ESCUCHAR PITIDOS | | | VOMITO | | | SIGNOS DE MASTITIS | | |
| LOQUIOS FÉTIDOS | | | CEFALEA | | | INFLAMACIÓN DE MANOS, PIES Y CARA | | |
| FIEBRE | | | FC MAYOR A 100 X MIN | | | SIGNOS DE INFECCIÓN EN ÁREA DE SUTURA (EPISIORRAFIA O CESÁREA) | | |

RIESGO PUÉRPERA — ALTO [ ] — BAJO [ ]

## ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR

FECHA CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR D D M M A A A A — ASESORÍA POS EVENTO OBSTÉTRICO SI [ ] NO [ ]

**MÉTODO UTILIZADO**

ORAL [ ] INYECTABLE [ ] LIGADURA DE TROMPAS [ ] DIU [ ] OTRO [ ] NINGUNO [ ]

## RECIEN NACIDO - LACTANCIA MATERNA

**ESTADO DEL RECIÉN NACIDO**

VIVO [ ]
MUERTO [ ]
MUERTO ANTES DEL PARTO [ ]
MUERTO DURANTE EL PARTO [ ]
MUERTO DESPUÉS DEL PARTO [ ]

**ESTADO DEL MUÑÓN UMBILICAL**

SIN SIGNOS DE INFECCIÓN (SSI) [ ]
CON SIGNOS DE INFECCIÓN (CSI) [ ]
NO REALIZADO [ ]

**VACUNACIÓN RN**

BCG [ ]
HEPATITIS B [ ]
BCG Y HEPATITIS B [ ]
NO ESTA VACUNADO [ ]

FECHA CONTROL RN D D M M A A A A
FECHA DE VISITA D D M M A A A A
CONTACTO PIEL A PIEL SI [ ] NO [ ]
LACTANCIA INMEDIATA SI [ ] NO [ ]
LACTANCIA MATERNA SI [ ] NO [ ]
PESO (Grs)
TALLA (Cm)

Powered by CamScanner

MUERTO ANTES D
MUERTO DURANTE
MUERTO DESPUES

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES - KARDEX PREVISUAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS

Código: M-GES-SP-FR-05
Versión: 01
Fecha de aplicación: 21 Marzo 2018

## CANALIZACIÓN A SEGUIMIENTO

| | 1ra. VISITA | 2da. VISITA | 3ra. VISITA | 4ta. VISITA | 5ta. VISITA | 6ta. VISITA | 7ma. VISITA | 8va. VISITA | 9na. VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SIGNOS DE ALARMA | | | | | | | | | |
| AUTOCUIDADO | | | | | | | | | |
| NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN | | | | | | | | | |
| LACTANCIA MATERNA | | | | | | | | | |
| VACUNACIÓN | | | | | | | | | |
| DERECHOS SSR | | | | | | | | | |
| CUIDADOS DEL RN | | | | | | | | | |
| SALUD ORAL | | | | | | | | | |
| IVE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO | | | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | | | |
| NINGUNO | | | | | | | | | |
| NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA | | | | | | | | | |
| PROFESIÓN | | | | | | | | | |

## CANALIZACIÓN A REMISIÓN

| | 1ra. VISITA | 2da. VISITA | 3ra. VISITA | 4ta. VISITA | 5ta. VISITA | 6ta. VISITA | 7ma. VISITA | 8va. VISITA | 9na. VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTROL PRENATAL | | | | | | | | | |
| VACUNACIÓN | | | | | | | | | |
| ODONTOLOGÍA | | | | | | | | | |
| PLANIFICACIÓN | | | | | | | | | |
| CONTROL PUERPERIO | | | | | | | | | |
| CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD | | | | | | | | | |
| PSICOLOGÍA | | | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | | | |
| NINGUNO | | | | | | | | | |
| NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA | | | | | | | | | |
| PROFESIÓN | | | | | | | | | |

## CLASIFICACIÓN

GESTANTE ☐ PUÉRPERA ☐

## PUERPERIO

**VISITA POST-PARTO**

FECHA DE VISITA D D M M A A A A LUGAR DE ATENCIÓN PARTO INSTITUCIÓN ☐ CASA ☐ OTRO ☐

FECHA DE PARTO D D M M A A A A NOMBRE IPS

**TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN**

ABORTO ☐
PARTO VAGINAL ☐
CESÁREA ☐
IVE ☐

**CAUSAL IVE**

SALUD MATERNA ☐
MALFORMACIÓN FETAL ☐
EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLENCIA SEXUAL ☐

**CONTROL POS PARTO** SI NO

ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TRABAJO PARTO SI NO
ANALGESIA SI NO
MANEJO ACTIVO DE ALUMBRAMIENTO SI NO

**MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRE ECLAMPSIA SEVERA | SI NO | RUPTURA UTERINA | SI NO | NINGUNA | SI NO | FALLA DE COAGULACIÓN | SI NO |
| ECLAMPSIA | SI NO | FALLA RESPIRATORIA | SI NO | SEPSIS | SI NO | TROMBOEMBOLISMO PULMONAR | SI NO |
| FALLA HEPÁTICA | SI NO | HEMORRAGIA CEREBRAL | SI NO | FALLA RENAL | SI NO | HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA | SI NO |

**SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DOLOR DE CABEZA | SI NO | SANGRADO ABUNDANTE | SI NO | DIFICULTAD RESPIRATORIA | SI NO |
| VISIÓN BORROSA | SI NO | DOLOR BAJO DE VIENTRE | SI NO | DEPRESIÓN EMOCIONAL (LLANTO FÁCIL Y PENSAMIENTO SUICIDA) | SI NO |
| VER LUCES Y ESCUCHAR PITIDOS | SI NO | VOMITO | SI NO | SIGNOS DE MASTITIS | SI NO |
| LOQUIOS FÉTIDOS | SI NO | CEFALEA | SI NO | INFLAMACIÓN DE MANOS, PIES Y CARA | SI NO |
| FIEBRE | SI NO | FC MAYOR A 100 X MIN | SI NO | SIGNOS DE INFECCIÓN EN ÁREA DE SUTURA (EPISIORRAFIA O CESÁREA) | SI NO |

RIESGO PUÉRPERA ALTO ☐ BAJO ☐

## ASESORIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

FECHA CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR D D M M A A A A ASESORÍA POS EVENTO OBSTÉTRICO SI NO

**MÉTODO UTILIZADO**

ORAL ☐ INYECTABLE ☐ LIGADURA DE TROMPAS ☐ DIU ☐ OTRO ☐ NINGUNO ☐

## RECIÉN NACIDO Y LACTANCIA MATERNA

**ESTADO DEL RECIÉN NACIDO**

VIVO ☐
MUERTO ☐
MUERTO ANTES DEL PARTO ☐
MUERTO DURANTE EL PARTO ☐
MUERTO DESPUÉS DEL PARTO ☐

**ESTADO DEL MUÑÓN UMBILICAL**

SIN SIGNOS DE INFECCIÓN (SSI) ☐
CON SIGNOS DE INFECCIÓN (CSI) ☐
NO REALIZADO ☐

**VACUNACIÓN RN**

BCG ☐
HEPATITIS B ☐
BCG Y HEPATITIS B ☐
NO ESTA VACUNADO ☐

FECHA CONTROL RN D D M M A A A A
FECHA DE VISITA D D M M A A A A
CONTACTO PIEL A PIEL SI NO
LACTANCIA INMEDIATA SI NO
LACTANCIA MATERNA SI NO
PESO (Grs)
TALLA (Cm)

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

**PLAN DE CUIDADO E INTERVENCION FAMILIAR EN SALUD EQUIPOS BASICOS DE SALUD**
**AÑO 2025 MUNICIPIO DE CAPARRAPI CUNDINAMARCA**

Gobernación de Cundinamarca

MUNICIPIO: Chaguaní VEREDA: CLASIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR: TELEFONO DE CONTACTO:

APELLIDOS DE LA FAMILIA: FECHA DE SEGUIMIENTO O INTERVENCION: Nº FICHA FAMILIAR:

Nº DE DOCUMENTO DEL JEFE DEL HOGAR: Nº DE TERRITORIO

Nº INTEGRANTE: EDAD: FC: FR: T/A: IMC: T°: PESO: TALLA: PA: Nº INTEGRANTE: EDAD: FC: FR: T/A: IMC: T°: PESO: TALLA: PA:

Nº INTEGRANTE: EDAD: FC: FR: T/A: IMC: T°: PESO: TALLA: PA: Nº INTEGRANTE: EDAD: FC: FR: T/A: IMC: T°: PESO: TALLA: PA:

| HALLAZGOS | INTERVENCIONES REALIZADAS AL MOMENTO DE VISITA | COMPROMISOS |
|---|---|---|
| -Gestante con 34 semanas cuenta con 5 controles prenatales.<br>-Pendiente valoración por psicología y control Materno.<br>- Riesgo psicosocial.<br>-Paciente flotante: Ahora Vive en Trapiche Viejo.<br>-Dificultades en el entorno familiar: Pareja sentimental manifiesta ya no querer vivir con ella. situación que afecta el bienestar de su hijo de 10 años ya que no esta escolarizado por el cambio de residencia y aun no han hecho su traslado de institución.<br>-Se identifica vulnerabilidad emocional y social. | Canalización para control materno y Psicología en brigada de salud programada para el 16 de Marzo en la Inspección Oindal.<br>-Orientación sobre la importancia del acompañamiento psicosocial<br>-Educación sobre signos de alarma<br>-Riesgo y entrega de acta de riesgo psicosocial.<br><br>Signos vitales.<br>Peso: 59 kg.<br>Talla: 1.45.<br>TA: 111/80<br>FC: 104<br>FR 19 | Por Parte de la Gestante.<br>-Asistir a la brigada de salud programada en la Inspección.<br>- Continuar con sus controles.<br>- Aceptar y participar en el proceso de acompañamiento psicológico.<br>-Gestionar el traslado escolar de su hijo para garantizar su derecho (de) a la educación.<br>Por Parte de la Auxiliar<br>-Realizar seguimiento continuo a la gestante.<br>-Articular con otras entidades si requiere (protección, educación y Apoyo Social). |

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA FAMILIAR, DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y No DE TELEFONO

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA VISITA DE SALUD Y CARGO: Maritza [illegible] Aux Enfermera APS.

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES - KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS

Código: M-PDS-GSP-FR-025
Versión: 01
Fecha de aprobación: 25 / Marzo / 2019

N° FICHA FAMILIAR #13 MUNICIPIO Capamapi VEREDA Rural Disperso ÁREA Los Manos FECHA VISITA 24-03-2026
FUENTE APS [ ] PC [ ] CONCURRENCIA [✓]
DIRECCIÓN Inspección Pindal. TELÉFONO 316 1914104

## IDENTIFICACIÓN

| 1er NOMBRE | 2do NOMBRE | 1er APELLIDO | 2do APELLIDO |
|---|---|---|---|
| Gimena | | Maneiva | Torres. |

TIPO DE DOCUMENTO: CC [ ] TI [✓] CE [ ] ADULTO SIN IDENTIFICACIÓN [ ] NUIP [ ] N° DOCUMENTO 1111192436 FECHA DE NACIMIENTO 29-09-2009

**NOTIFICACIÓN DE GESTANTE MENOR 15 AÑOS:** JUSTICIA [ ] PROTECCIÓN [ ] SALUD [ ]

**ESTADO CIVIL:** SOLTERA [✓] CASADA [ ] VIUDA [ ] SEPARADA [ ] UNIÓN LIBRE [ ]

**EDAD:** 16 años

**PERTENENCIA ÉTNICA:** INDÍGENA [ ] ROM-GITANO [ ] RAIZAL [ ] PALENQUERO [ ] AFRO COLOMBIANO [ ] OTRO [ ]

**GRUPO POBLACIONAL:** DESMOVILIZADA [ ] MADRE COMUNITARIA [ ] CON DISCAPACIDAD [ ] TRATA DE PERSONAS [ ] HABITANTE DE CALLE [ ] MIGRANTE [ ] POBLACIÓN CARCELARIA [ ] VÍCTIMA CONFLICTO ARMADO [ ]

**TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD:** VISUAL [ ] FÍSICA [ ] COGNITIVA [ ] AUDITIVA [ ] MULTIPLE [ ] NINGUNA [✓] SORDO - CEGUERA [ ] MENTAL O PSICOSOCIAL [ ]

**VINCULACIÓN A RÉGIMEN DE SALUD:** CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] SUBSIDIADO [✓] NINGUNO [ ]

**NOMBRE EAPB:** Salud Total.

**NOMBRE IPS PRIMARIA DE ATENCIÓN:** E.S.E. H.S.S.G.

**ESCOLARIDAD:** PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [✓] TÉCNICA [ ] UNIVERSITARIA [ ] ESPECIALISTA [ ] SIN ESTUDIOS [ ]

## INFORMACIÓN DE LA GESTACIÓN ACTUAL

**EMBARAZO ACTUAL**

FORMULA OBSTÉTRICA G 1 P [ ] C [ ] A [ ] V [ ] M [ ] FECHA ULTIMO PARTO [ ] CONSULTA PRECONCEPCIONAL SI [ ] NO [✓]

FEC. ÚLTIMA MENSTRUACIÓN 20 11 2025 SEMANA DE GESTACIÓN 15 S. FECHA PROBABLE DE PARTO [ ] ASISTENCIA CPNT SI [✓] NO [ ]

FECHA INICIO CPNT 16 03 2026 TIENE CARNÉ MATERNO SI [ ] NO [✓] CUANTAS SEMANAS TENIA AL INICIO DEL CPNT [ ] A CUANTOS CPNT ASISTIÓ [ ]

FECHA DEL ULTIMO CPNT 16 03 2026

**VACUNAS**

TD/TT 1D [ ] 2D [ ] 3D [ ] 4D [ ] 5D [ ] SIN VACUNA [✓] ESQUEMA COMPLETO [ ] DPT ACELULAR SI [ ] [ ] INFLUENZA SI [ ] [ ]

## CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA GESTANTE

| A. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS | | | B. CONDICIONES ASOCIADAS | | | C. EMBARAZO ACTUAL | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEPRESIÓN POS PARTO | SI | [✓] | ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES | SI | [✓] | AMENAZA DE ABORTO | SI | [✓] |
| ENFERMEDAD FIBROFOBLÁSTICA | SI | [✓] | ASMA | SI | [✓] | ANEMIA | SI | [✓] |
| EDAD - MENOS DE 15 AÑOS | SI | [✓] | CUALQUIER ENF. CRÓNICA DIAGNOSTICADA | SI | [✓] | CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO | SI | [✓] |
| EDAD - MAYOR DE 35 | SI | [✓] | DIABETES GESTACIONAL | SI | [✓] | DESNUTRICIÓN | SI | [✓] |
| HEMORRAGIA POS PARTO | SI | [✓] | DIABETES MELLITUS I Y II | SI | [✓] | EMBARAZO MÚLTIPLE | SI | [✓] |
| HOSPITALIZACIÓN EN GESTACIONES PREVIAS | SI | [✓] | ENFERMEDAD CARDIACA | SI | [✓] | EMBARAZO NO DESEADO | SI | [✓] |
| MAS DE DOS CESÁREAS | SI | [✓] | ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA | SI | [✓] | HEMORRAGIA VAGINAL - MENOR DE 20 SEMANAS | SI | [✓] |
| MUERTE FETAL | SI | [✓] | HIPERTENSIÓN CRÓNICA | SI | [✓] | HEMORRAGIA VAGINAL - MAYOR DE 20 SEMANAS | SI | [✓] |
| MUERTE PERINATAL | SI | [✓] | IVU RECURRENTE | SI | [✓] | HEPATITIS B | SI | [✓] |
| PARIDAD - 0 PARTOS | SI | [✓] | TRASTORNOS TIROIDEOS | SI | [✓] | INICIO CPNT DESPUÉS SEM 10 | SI | [✓] |
| PARIDAD - MAYOR A 4 PARTOS | SI | [✓] | VARICES SEVERAS | SI | [✓] | MALFORMACIONES FETALES | SI | [✓] |
| PARTO PREMATURO | SI | [✓] | VIH - SIFILIS | SI | [✓] | OBESIDAD | SI | [✓] |
| RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO | SI | [✓] | | | | PLACENTA PREVIA | SI | [✓] |
| RIESGO DE ISOINMUNIZACION | SI | [✓] | | | | RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | SI | [✓] |
| TRASTORNOS HIPERTENSIVOS | SI | [✓] | | | | SIFILIS GESTACIONAL | SI | [✓] |
| MAS DE DOS ABORTOS | SI | [✓] | | | | TOXOPLASMOSIS | SI | [✓] |
| | | | | | | TRABAJO DE PARTO PROLONGADO | SI | [✓] |
| | | | | | | TRASTORNO HIPERTENSIVO | SI | [✓] |
| | | | | | | TRASTORNO CRECIMIENTO UTERINO | SI | [✓] |
| | | | | | | VIH MATERNO | SI | [✓] |

PUNTAJE TOTAL BAJO RIESGO = NO RIESGO ALTO= SI



Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES - KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS

Código: M-PDS-GSP-FR-025
Versión 01
Fecha de aprobación: 29 / Marzo / 2019

## SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE LA GESTACIÓN

DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL HA PRESENTADO:

| | 1ra. VISITA | 2da. VISITA | 3ra. VISITA | 4ta. VISITA | 5ta. VISITA | 6ta. VISITA | 7ma. VISITA | 8va. VISITA | 9na. VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | D M A M | D M A M | D M A M | D M A M | D M A M | D M A M | D M A M | D M A M | D M A M |
| **RIESGO PSICOSOCIAL** | | | | | | | | | |
| TENSIÓN EMOCIONAL LLANTO FÁCIL | | | | | | | | | |
| HUMOR DEPRESIVO | | | | | | | | | |
| TRANSPIRACIÓN MANOS, BOCA SECA | | | | | | | | | |
| SOPORTE FAMILIAR | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | | | | | | | |
| **BIOLÓGICOS** | | | | | | | | | |
| **SIGNOS DE ALARMA ANTES DE LA SEMANA 20** | | | | | | | | | |
| VOMITO PERSISTENTE | | | | | | | | | |
| FIEBRE T° >38°c | | | | | | | | | |
| DOLOR FUERTE BAJO VIENTRE | | | | | | | | | |
| ARDOR O MOLESTIAS AL ORINAR | | | | | | | | | |
| SANGRADO VAGINAL | | | | | | | | | |
| FLUJO VAGINAL MAL OLOR | | | | | | | | | |
| NO GANANCIA O PERDIDA DE PESO | | | | | | | | | |
| **SIGNOS DE ALARMA DESPUÉS DE LA SEMANA 20** | | | | | | | | | |
| DOLOR DE CABEZA VISIÓN BORROSA | | | | | | | | | |
| FIEBRE T° >38°c | | | | | | | | | |
| HINCHAZÓN EN CARA MANOS PIES | | | | | | | | | |
| DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO | | | | | | | | | |
| AUSENCIA MVTOS BEBE | | | | | | | | | |
| DOLOR SEVERO EN EL BAJO VIENTRE | | | | | | | | | |
| ARDOR O MOLESTIA AL ORINAR | | | | | | | | | |
| SALIDA DE SANGRE POR LA VAGINA | | | | | | | | | |
| PRESENCIA DE MAS DE 4 CONTRACCIONES POR HORA | | | | | | | | | |
| RETRASO DE INICIO DE DOLORES DE PARTO | | | | | | | | | |
| DIFICULTAD PARA RESPIRAR AHOGO | | | | | | | | | |
| DOLOR DE PECHO SEVERO | | | | | | | | | |
| TENER UNA PIERNA MAS HINCHADA QUE LA OTRA | | | | | | | | | |
| NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA | Mariza M. | | | | | | | | |
| PROFESIÓN | Aux Enfer. | APS. | | | | | | | |

**PROFESIONAL QUE ATENDIÓ EL CONTROL PRENATAL**

ENFERMERA [ ] MEDICO GENERAL [/] GINECÓLOGO [ ]

**ASISTE AL CURSO PARA LA PREPARACIÓN DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD** [SI] [NO]

**EXÁMENES DE LABORATORIO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRUEBA TREPONEMICA O VDRL | I TRIM | [/] | II TRIM | [ ] | III TRIM | [ ] | NO TIENE NINGUNA | [ ] | LAS TIENE TODAS | [ ] |
| PRUEBA RÁPIDA DE VIH | I TRIM | [/] | II TRIM | [ ] | III TRIM | [ ] | NO TIENE NINGUNA | [ ] | LAS TIENE TODAS | [ ] |
| DEMÁS PARACLÍNICOS | I TRIM | [/] | II TRIM | [ ] | III TRIM | [ ] | NO TIENE NINGUNA | [ ] | LAS TIENE TODAS | [ ] |

**ECOGRAFÍAS**

ECO DE TAMIZAJE [SI] [/] ECO DETALLE ANATÓMICO [SI] [/] AMBAS [SI] [NO] NINGUNA [SI] [NO]

**SUMINISTRO DE MICRONUTRIENTES**

ÁCIDO FÓLICO [/] [NO] SULFATO FERROSO [/] [NO] CARBONATO DE CALCIO [/] [NO] NO LOS RECIBIÓ [SI] [NO]

**ANTIPARASITARIOS**

NO LOS RECIBIÓ [SI] [NO] NO LOS REQUIRIÓ [SI] [NO]

**CAUSAS SI REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN**

- TRASTORNO HIPERTENSIVOS [ ]
- COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS [ ]
- COMPLICACIONES DEL ABORTO [ ]
- SEPSIS DE ORIGEN OBSTÉTRICO Y NO OBSTÉTRICO [ ]
- ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE SE COMPLICA [ ]
- OTRO [ ]
- NINGUNA [ ]

**CONDICIÓN DE LA GESTACIÓN**

- DESEADO [ ]
- PLANEADO [ ]
- ACEPTADO [ ]
- TODAS LAS ANTERIORES [/]
- MANIFIESTA INTENSIÓN IVE [ ]

**APOYO PSICOSOCIAL**

- AFECTIVO [ ]
- EMOCIONAL [ ]
- ECONÓMICO [ ]
- TODAS LAS ANTERIORES [ ]
- NINGUNA [ ]

**QUIEN BRINDA EL APOYO**

- FAMILIA [/]
- PAREJA [ ]
- OTRO [ ]
- NINGUNA [ ]
- FAMILIA Y PAREJA [ ]
- SOCIAL (GRUPOS SOCIALES, ENTIDADES, ONG, PASTORAL, ETC) [ ]

**CONOCE DERECHOS EN SSR** [SI] [NO]



Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**
**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**
**FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES - KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS**

Código: M-PSA-GSP-FR-026
Versión: 01
Fecha de aprobación: 25 | Marzo | 2019

| | 1ra. VISITA | 2da. VISITA | 3ra. VISITA | 4ta. VISITA | 5ta. VISITA | 6ta. VISITA | 7ma. VISITA | 8va. VISITA | 9na. VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SIGNOS DE ALARMA | | | | | | | | | |
| AUTOCUIDADO | | | | | | | | | |
| NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN | | | | | | | | | |
| LACTANCIA MATERNA | | | | | | | | | |
| VACUNACIÓN | | | | | | | | | |
| DERECHOS SSR | | | | | | | | | |
| CUIDADOS DEL RN | | | | | | | | | |
| SALUD ORAL | | | | | | | | | |
| IVE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO | | | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | | | |
| NINGUNO | | | | | | | | | |
| NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA | Yolanda Ruiz | | | | | | | | |
| PROFESIÓN | Aux. Enfermería | | | | | | | | |

| | 1ra. VISITA | 2da. VISITA | 3ra. VISITA | 4ta. VISITA | 5ta. VISITA | 6ta. VISITA | 7ma. VISITA | 8va. VISITA | 9na. VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTROL PRENATAL | | | | | | | | | |
| VACUNACIÓN | | | | | | | | | |
| ODONTOLOGÍA | | | | | | | | | |
| PLANIFICACIÓN | | | | | | | | | |
| CONTROL PUERPERIO | | | | | | | | | |
| CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD | | | | | | | | | |
| PSICOLOGÍA | | | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | | | |
| NINGUNO | | | | | | | | | |
| NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA | | | | | | | | | |
| PROFESIÓN | | | | | | | | | |

GESTANTE [X] PUÉRPERA [ ]

**VISITA POST-PARTO**

FECHA DE VISITA [D D] [M M] [A A A A] LUGAR DE ATENCIÓN PARTO INSTITUCIÓN [ ] CASA [ ] OTRO [ ]

FECHA DE PARTO [D D] [M M] [A A A A] NOMBRE IPS

**TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN**

ABORTO [ ]
PARTO VAGINAL [ ]
CESAREA [ ]
IVE [ ]

**CAUSAL IVE**

SALUD MATERNA [ ]
MALFORMACIÓN FETAL [ ]
EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLENCIA SEXUAL [ ]

**CONTROL POS PARTO** [ ] [NO]
**ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TRABAJO PARTO** [ ] [NO]
**ANALGESIA** [ ] [NO]
**MANEJO ACTIVO DE ALUMBRAMIENTO** [ ] [NO]

**MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRE ECLAMPSIA SEVERA | SI NO | RUPTURA UTERINA | SI NO | NINGUNA | SI NO | FALLA DE COAGULACIÓN | SI NO |
| ECLAMPSIA | SI NO | FALLA RESPIRATORIA | SI NO | SEPSIS | SI NO | TROMBOEMBOLISMO PULMONAR | SI NO |
| FALLA HEPATICA | SI NO | HEMORRAGIA CEREBRAL | SI NO | FALLA RENAL | SI NO | HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA | SI NO |

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DOLOR DE CABEZA | SI NO | SANGRADO ABUNDANTE | SI NO | DIFICULTAD RESPIRATORIA | SI NO |
| VISIÓN BORROSA | SI NO | DOLOR BAJO DE VIENTRE | SI NO | DEPRESIÓN EMOCIONAL (LLANTO FÁCIL Y PENSAMIENTO SUICIDA) | SI NO |
| VER LUCES Y ESCUCHAR PITIDOS | SI NO | VOMITO | SI NO | SIGNOS DE MASTITIS | SI NO |
| LOQUIOS FETIDOS | SI NO | CEFALEA | SI NO | INFLAMACION DE MANOS, PIES Y CARA | SI NO |
| FIEBRE | SI NO | FC MAYOR A 100 X MIN | SI NO | SIGNOS DE INFECCIÓN EN ÁREA DE SUTURA (EPISIORRAFIA O CESÁREA) | SI NO |

RIESGO PUERPERA ALTO [ ] BAJO [ ]

FECHA CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR [D D] [M M] [A A A A] ASESORÍA POS EVENTO OBSTÉTRICO [SI] [NO]

**MÉTODO UTILIZADO**

ORAL [ ] INYECTABLE [ ] LIGADURA DE TROMPAS [ ] DIU [ ] OTRO [ ] NINGUNO [ ]

**ESTADO DEL RECIÉN NACIDO**

VIVO [ ]
MUERTO [ ]
MUERTO ANTES DEL PARTO [ ]
MUERTO DURANTE EL PARTO [ ]
MUERTO DESPUÉS DEL PARTO [ ]

**ESTADO DEL MUÑÓN UMBILICAL**

SIN SIGNOS DE INFECCIÓN (SSI) [ ]
CON SIGNOS DE INFECCIÓN (CSI) [ ]

**VACUNACIÓN RN**

NO REALIZADO [ ]
BCG [ ]
HEPATITIS B [ ]
BCG Y HEPATITIS B [ ]
NO ESTA VACUNADO [ ]

FECHA CONTROL RN [D D] [M M] [A A A A]
FECHA DE VISITA [D D] [M M] [A A A A]
CONTACTO PIEL A PIEL [SI] [NO]
LACTANCIA INMEDIATA [SI] [NO]
LACTANCIA MATERNA [SI] [NO]
PESO (Grs)
TALLA (Cm)

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

| Gobernación de CUNDINAMARCA | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES - KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS | Código: M-PDS-GSP-FR-025<br>Versión 01<br>Fecha de aprobación: 20 / Marzo / 2019 |
|---|---|---|

OBSERVACIONES GENERALES

bestante programada a control prenatal para inicio de control prenatal ya que solo cuenta con una ecografia particular, examenes de primer trimestre.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

**PLAN DE CUIDADO E INTERVENCION FAMILIAR EN SALUD EQUIPOS BASICOS DE SALUD**
**AÑO 2025 MUNICIPIO DE CAPARRAPI CUNDINAMARCA**

Gobernación de Cundinamarca

MUNICIPIO: Chaguani VEREDA: | CLASIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR: | TELEFONO DE CONTACTO:

APELLIDOS DE LA FAMILIA: | FECHA DE SEGUIMIENTO O INTERVENCION: | N° FICHA FAMILIAR:

N°DE DOCUMENTO DEL JEFE DEL HOGAR: | N° DE TERRITORIO

N° INTEGRANTE: ___ EDAD: ___ FC: ___ FR: ___ T/A: ___ IMC: ___ T°___ PESO: ___ TALLA ___ PA: ___ N° INTEGRANTE: ___ EDAD: ___ FC: ___ FR: ___ T/A: ___ IMC: ___ T° ___ PESO: ___ TALLA ___ PA: ___

N° INTEGRANTE: ___ EDAD: ___ FC: ___ FR: ___ T/A: ___ IMC: ___ T° ___ PESO: ___ TALLA ___ PA: ___ N° INTEGRANTE: ___ EDAD: ___ FC: ___ FR: ___ T/A: ___ IMC: ___ T° ___ PESO: ___ TALLA ___ PA: ___

| HALLAZGOS | INTERVENCIONES REALIZADAS AL MOMENTO DE VISITA | COMPROMISOS |
|---|---|---|
| Gestante adolescente de 16 años (riesgo por edad)<br>- Embarazo de 15 semanas<br>- Cuenta con ecografia transvaginal particular y exámenes de primer trimestre.<br>- No registra aún control prenatal.<br>Pendiente: cita con ginecologia y valoración por psicologia.<br>- cuenta con red de apoyo - (Madres). | - Se canaliza para brigada de salud para el 16 de Marzo en la (Inspección para control y Valoración con psicologia.)<br>- se habla sobre la importancia del control prenatal.<br>- Se orienta sobre la importancia de la valoración por ginecologia y psicologia.<br>- Se Informa sobre rutas de atención para gestantes y adolescentes.<br>Signos vitales<br>Peso: 53 kg TA: 97/46<br>TALLA: 1.48.<br>FC: 57<br>FR: 18 | Por parte de la Gestante.<br>Asistir a la brigada de salud para el dia programado.<br>- Gestionar y asistir a citas con ginecologia.<br>- Informar por su lejania algun riesgo.<br><br>Por parte del Auxiliar<br>Redizar Seguimiento continuo.<br>- Verificar inicio del control Materno.<br>- Brindar Educación y apoyo psicosocial. |

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA FAMILIAR, DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y No DE TELEFONO: Gimena Mahecha — Eva dori

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA VISITA DE SALUD Y CARGO: Aux Enfermeria APS. Maritza M.

Powered by CamScanner

**Vacunar Oportunamente** con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomielitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, Difteria, Tosferina, Tétanos, Diarrea por rotavirus; Neumonia, Otitis, Meningitis bacteriemia causada por Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.



**Busca ya las vacunas**

¡es gratis, hazlo de una!

**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

**SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

| | D | M | A |
|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | |
| 2.ª entrega | | | |
| 3.ª entrega | | | |
| 4.ª entrega | | | |
| 5.ª entrega | | | |

**VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL**

| | D | M | A |
|---|---|---|---|
| 3 años | | | |
| 4 años | | | |
| 5 años | | | |

| | SI* | NO* |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

*Menor o igual a 20 normal

**VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA**

| Resultado Tamizaje Neonatal | SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO | | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|
| TSH neonatal | Normal | Alterado | D | M | A |
| Auditivo OEA/PEAA | Normal | Alterado | D | M | A |
| Cardiopatía Congénita Compleja | Normal | Alterado | D | M | A |
| Visual | Normal | Alterado | D | M | A |
| ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA | | | D | M | A |

**FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

| | D | M | A |
|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | |
| 2.ª entrega | | | |
| 3.ª entrega | | | |

**ATENCIÓN EN SALUD BUCAL**

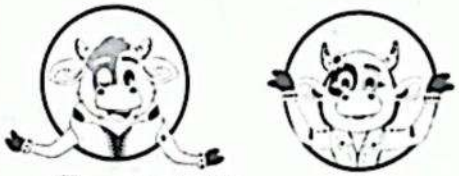
| | D | M | A |
|---|---|---|---|
| A partir de 6m | | | |
| 1 año | | | |
| 2 años | | | |
| 3 años | | | |
| 4 años | | | |
| 5 años | | | |

**ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)**

| Edad | Fecha Día | Fecha Mes | Fecha Año | Valoración Nutricional Peso | Valoración Nutricional Talla | Puntuación Z | Atención en salud por |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Al mes | | | | | | | |
| 2 a 3 meses | | | | | | | |
| 4 a 5 meses | | | | | | | |
| 6 a 8 meses | | | | | | | |
| 9 a 11 meses | | | | | | | |
| 12 a 17 meses | | | | | | | |
| 18 a 23 meses | | | | | | | |
| 24 a 29 meses | | | | | | | |
| 3 años | | | | | | | |
| 4 años | | | | | | | |
| 5 años | | | | | | | |

388

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL



# Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos: Alisson Michale Castiblanco Ramirez

| X | TI | CEDU |
|---|---|---|

Tipo de Documento: 1016756746 (No. de Documento)

Fecha de Nacimiento: 11 / 01 / 2025

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 3040gr Talla: 49cm

Dirección: Vereda Dindal

Teléfono 1: 3122634410

Teléfono 2: 3125836983

Responsable: Maritza Ramirez Rangel

Municipio de residencia: Caparrapi

Departamento: Cundinamarca

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Alisson michele cadiblanco Ramirez Tipo de Indentificación No. ID: 1016.756.746.

| | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | | | | | | Lactancia materna exclusiva | | SI ☐ No ☐ | | | | | |
| | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 12 | 01 | 2025 | Serum | 0 | 3 7 3 H A 0 4 7 | Hosp. | Dosis Única | | | |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 11 | 01 | 2025 | Serum | 0 | 3 2 3 X 0 1 9 E | HSJ | | | | |
| 2 meses | | | | | | Lactancia materna exclusiva | | SI ☐ No ☐ | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 1ª | 13 | 03 | 25 | Butnoven | | 2 3 3 3 0 1 0 | | | | | |
| Pentavalente | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1ª | 13 | 03 | 25 | Serum | | 2 8 5 3 X 0 2 0 C | | | | | |
| Pentavalente | Hepatitis B | 1ª | 13 | 03 | 25 | Serum | | 2 8 5 3 X 0 2 0 C | | | | | |
| Pentavalente | Difteria, Tétanos, Tosferina | 1ª | 13 | 03 | 25 | Serum | | 2 8 5 3 X 0 2 0 C | Hospital San José E.S.E. Guaduas, Cund. SERVICIO DE VACUNACIÓN Guaduas - Cund. | | | | Paola Ramos |
| | Diarrea por rotavirus | 1ª | 13 | 03 | 25 | GSK | | AROLEO54AH | | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 1ª | 13 | 03 | 25 | Pfizer | | HJ 5 7 7 | | | | | |
| 4 meses | | | | | | Lactancia materna exclusiva | | SI ☐ No ☐ | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 2ª | 15 | 5 | 25 | Butnoven | | 2 3 3 3 0 10 | | | | | |
| Pentavalente | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2ª | 15 | 5 | 25 | Serum | | 28 5 3 X 020C | V-S | | | | |
| Pentavalente | Hepatitis B | 2ª | | | | Serum | | 28 5 3 X 020C | | | | | |
| Pentavalente | Difteria, Tetanos, Tosferina | 2ª | 15 | 5 | 25 | Serum | | 28 5 3 X 020C | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2ª | | | | GSK | | AROLEO54AH | Minoto | | | | Mariangello Diaz |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 2ª | 15 | 5 | 25 | Pfizer | | HJ 5 7 7 | | | | | |
| 6 meses | | | | | | Lactancia materna exclusiva | | SI ☐ No ☐ | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 3ª | | | 2025 | Butthoven | | 2 4 0 2 0 1 2 | | | | | |
| Pentavalente | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3ª | | | | Serum | | 2 8 5 4 X 0 1 3 D | Vive y feliz nuestra bogota | 26 Unica 2025 | | | Carmen Rincon. |
| Pentavalente | Hepatitis B | 3ª | | | | Serum | | 2 8 5 4 X 0 1 3 D | | | | | |
| Pentavalente | Difteria, Tétanos, Tosferina | 3ª | 13 | AGO | | Serum | | 2 8 5 4 X 0 1 3 D | | | | | |
| | Influenza estacional | 1ª | | | | Afluria | | P 1 0 0 7 8 5 7 43 | | | | | |
| 7 meses | Influenza estacional | 2ª | 26 | 9 | 25 | Afluria | | U 8 6 6 6 B A | Cs coramo | | | | Angelica Ramos |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1ª | | | | Serum | | 0 1 3 3 N 1 2 1 A | | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 [X] | Refuerzo | 11 | Febrero | 26 | Pfizer | | 1 K 3 1 5 2 | Cs coramo | 11 enero 26 | | | Kathen Pena |
| | Varicela | 1ª | | | | Sinuvi | | B B 2 0 2 5 0 6 0 19 | | | | | |
| | Hepatitis A | Única | | | | Sinuvi | | A B 2 0 2 4 0 3 0 080 | | | | | Angelica Ramos |
| | *Influenza estacional | Anual | 14 | 11 | 25 | Afluria | | U B 6 6 6 6 B A | Cs coramo | | | | |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP) | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐ | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | **Fiebre Amarilla | Única | 11 | Feb | 26 | SmartBiotech | | 3 2 7 | Cs coramo | | | | Kathen Pena |
| 5 años | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2ª | | | | | | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐ | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1ª | | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | | |
| | | 3ª | | | | | | | | | | | |
| Sin rango de edad | Covid-19 | 1ª | | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | | |
| | | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| Vacunas extemporáneas y otras dosis | | | | | | | | | | | | | |

Julio 2026 — 18 M

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

Powered by CamScanner

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**

**IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

Al momento de nacer — Fecha:

**PRIMER CONTROL MEDICO**

Durante el primer mes de vida — Fecha:

**SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA**

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---|---|---|---|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

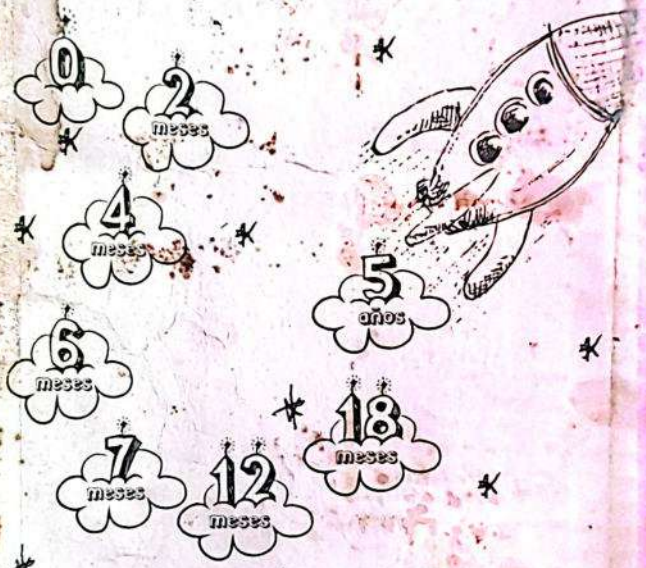
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

## Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años




- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**


**República de Colombia**
**Ministerio de Salud y Protección Social**
**Dirección de Promoción y Prevención**
**Subdirección de Enfermedades Transmisibles**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

**www.minsalud.gov.co**
**Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25**


AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Harold Samuel Delgado Muñoz

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Harold Samuel Delgado Muñoz
Fecha de nacimiento: 11-10-15
Nº de certificado de nacido vivo: 129812333-5
Registro civil: 1071581249
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 2.840 Talla: 50
Dirección: Vereda Alto del Corral
Teléfono: 3136009706
Responsable: Julieta Muñoz Montero
Municipio de residencia:
Departamento:
CCTI: 9900600638
Gesta: 3

**Recuerda:**

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Harold Samuel Delgado

| Edad | Me protege de |
|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva |
| | Tuberculosis B.C.G. |
| | Hepatitis B |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva |
| | Polio (Oral - IM) |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano |
| | Rotavirus |
| | Neumococo |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva |
| | Polio (Oral - IM) |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano |
| | Rotavirus |
| | Neumococo |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla los años e inicie alimentación complementaria nutritiva. |
| | Polio (Oral - IM) |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano |
| | Influenza |
| 7 Meses | Influenza |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) |
| | Fiebre Amarilla |
| | Neumococo |
| | Influenza |
| | Hepatitis A |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) |
| | Polio (Oral - IM) |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) |
| Niñas 9 Años o más | VPH |
| | VPH |
| | VPH |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela |
| | Varicela |
| | Influenza |
| | Sarampon |
| | |

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Murcia

Registro Civil: 1071581249 Gestación 37 sem

| Dosis | Fecha de Aplicación Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS Vacunadora | Fecha próxima cita Día Mes Año | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Si No | | | | | | |
| Única | 12-10-15 | Serum | 03763053 | HSF | 18.12.15 | |
| Recién nacido | 12-10-15 | Lifescience | SOVA14024 | | | |
| Si No | | | | | | |
| 1ª | 18-12-2015 | Sanofi P. | M7174 | Cabecera Campi | 18 02 16 | Diana Ovalle |
| 1ª | 18-12-2015 | Serum India | 137PA008C | Cabecera Campi | 18 02 16 | Diana Ovalle |
| 1ª | 18-12-2015 | GSK | A80CA953AA | Cabecera Campi | 18 02 16 | Diana Ovalle |
| 1ª | 18-12-2015 | GSK | AEPNA480AA | Cabecera Campi | 18 02 16 | Diana Ovalle |
| Si No | | | | | | |
| 2ª | 18-02-16 | Sanofi P. | L5198 | Cabecera Campi | 18 04 16 | Diana Ovalle |
| 2ª | 18-02-16 | Serum India | 137PA028E | Cabecera Campi | 18-04-16 | Diana Ovalle |
| 2ª | 18-02-16 | GSK | A80CA953AA | Cabecera Campi | | Diana Ovalle |
| 2ª | 18-02-16 | GSK | AEPNA480AB | Cabecera Campi | | Diana Ovalle |
| | 18-02-16 | | | | | |
| 3ª | 18.04.16 | Sanofi Pasteur | L5198 | Cabecera Campi | | Diana Ovalle |
| 3ª | 18.04.16 | Serum India | 137P | Cabecera Campi | 30-04-16 | Diana Ovalle |
| 1ª | 17-08-16 | Sanofi P. | VSO216013 | Cabecera Campi | 17 06 16 | Diana Ovalle |
| 2ª | 18-06-16 | Sanofi Pasteur | VSO216013 | Cabecera Campi | | Diana Ovalle |
| 1ª | 29-10-16 | Serum India | 01SM4955 | Cabecera Campi | 11 10 16 | Diana Ovalle |
| 1ª | 22-04-17 | Biomanguinhos | 169VF0307 | Cabecera Campi | 18 04 17 | Diana Ovalle |
| Refuerzo | 29-10-16 | GSK | ASHNA774AA | Cabecera Campi | 11 10 16 | Diana Ovalle |
| Anual | 07-09-17 | Sanofi Pasteur | VSO2P015 | Cabecera Campi | | Diana Ovalle |
| ÚNICA | 29-10-16 | GSK | M009158 | Cabecera Campi | 11 10 16 | Diana Ovalle |
| 1° Refuerzo | 22-04-17 | Biomanguinhos | 169P6010 | Cabecera Campi | | Diana Ovalle |
| 1° Refuerzo | 22-04-17 | GSK | ADPAASADAA | Cabecera Campi | 180417 | Diana Ovalle |
| 2° Refuerzo | 03-11-20 | Serum | 1809P118C | Cabecera Campi | | Marcela Hernandez |
| 2° Refuerzo | 03-11-20 | Serum | 2829K020A | Cabecera Campi | | Marcela Hernandez |
| Refuerzo | 03-11-20 | Serum | 0139N109B | Cabecera Campi | | Marcela Hernandez |
| 1ª | 24/12/2024 | MSD | Y009841 | Cabecera Campi | | Katherine Pam |
| 2ª | | | | | | |
| 3ª | | | | | | |
| 1 | 29-10-16 | MERCK | L35560 | Cabecera Campi | 11 10 16 | Diana Ovalle |
| 2D | 03-11-20 | Merck Sharp | S027051 | Cabecera Campi | | Marcela Hernandez |
| Única | 03-11-20 | Glaxo Smith | 2020041 | Cabecera Campi | | Marcela Hernandez |
| Adicional | 14-4-21 | Serum | 0139Y221 | Cabecera Campi | | |

CC.1070950190
Aux. Enfermeria

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.

## Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

## Certificado de vacunación del adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Mariu Geraida |
| Apellidos: | Anzola Gomez |
| Documento de identidad: | C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. T.I. X |
| Número de documento: | 1141723761 |
| Fecha de nacimiento: | Día 20 Mes 10 Año 2016 |

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular Una dosis por embarazo | | | | |
| | | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas | 1 | 16/3/26 | yo19820 | Bellavista 9. |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

Salud

# Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Juan david

Apellidos: Lozada Colorado

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. T.I X

Número de documento: 1077976248

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 01 Año 2017

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular Una dosis por embarazo | | | | |
| | | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas | 1 | 16/3/26 | J014828 | Defina tiana. |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

| Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC | |
|---|---|
| Municipio | Caparrapi |
| Lugar | IED Novilleros |
| Fecha | 12/03/2026 |
| Tema | "Cuidando a través de las palabras" |
| Entorno | Educativo |
| Objetivo | Identificar y reducir estereotipos, estigma y discriminación frente a las personas que consumen sustancias psicoactivas. |
| RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): | Dujaily Beltran Castellanos |
| Número Documento de identidad del responsable de la actividad | 1003616378 |
| Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091. | |

**Desarrollo de la Actividad**

1. **Descripción de la población asistente**

La actividad se desarrolló con la participación de 11 estudiantes del entorno educativo, pertenecientes a grado 11 de educación básica secundaria, cuyas edades oscilan entre 16 y 18 años.

La intervención se realizó teniendo en cuenta el enfoque diferencial, reconociendo las características propias de la población adolescente, sus contextos sociales, experiencias y procesos de desarrollo. Durante la jornada se promovió un ambiente de respeto, escucha y participación, utilizando un lenguaje claro y adaptado a la edad de los estudiantes, facilitando la comprensión de los conceptos relacionados con el estigma, la discriminación y la importancia del respeto hacia las demás personas.

## 2. Metodología de la actividad realizada

La actividad se desarrolló mediante una metodología participativa, reflexiva y pedagógica, orientada a generar conciencia en los estudiantes frente a los efectos del estigma y la discriminación hacia las personas que consumen sustancias psicoactivas.

Durante la sesión se promovieron espacios de reflexión, diálogo y participación activa que permitieron a los estudiantes identificar cómo las palabras, las actitudes y los prejuicios pueden afectar a otras personas. Asimismo, se utilizaron recursos audiovisuales y dinámicas grupales que facilitaron la comprensión del tema y promovieron el desarrollo de habilidades como la empatía, el respeto y la convivencia.

### 2.1 Actividad lúdica de inicio

Como actividad de apertura se realizó la dinámica denominada “Las Etiquetas”, en la cual se utilizaron palabras o calificativos que podían representar características positivas o negativas, las cuales fueron asociadas de manera simbólica a los participantes. A través de esta actividad los estudiantes pudieron reflexionar sobre cómo las etiquetas, comentarios o prejuicios pueden influir en la forma en que percibimos a las demás personas, así como en la manera en que estas se sienten dentro de su entorno social.

La dinámica permitió generar un espacio de reflexión inicial sobre la importancia de utilizar un lenguaje respetuoso y evitar la discriminación o el señalamiento hacia otras personas, conectando así con el tema del estigma frente al consumo de sustancias psicoactivas.

### 2.2 Explicación del tema

Durante el desarrollo de la actividad se abordaron conceptos relacionados con el estigma, los estereotipos y la discriminación hacia las personas que consumen sustancias psicoactivas, en donde se explicó a los estudiantes que el estigma hace referencia a las ideas negativas, prejuicios o creencias que se construyen socialmente frente a ciertas personas o situaciones, lo cual puede generar rechazo, señalamiento o exclusión dentro de la comunidad.

Asimismo, se trabajó el ciclo del estigma, explicando cómo este proceso se construye y se mantiene en la sociedad. Se explicó que generalmente inicia con estereotipos o creencias negativas, los cuales generan prejuicios, posteriormente se manifiestan en actitudes discriminatorias, y finalmente producen exclusión social, lo que puede dificultar que las personas busquen ayuda o accedan a servicios de apoyo y atención.

Durante la explicación se promovió la reflexión sobre la importancia de romper este ciclo, fomentando actitudes basadas en el respeto, la empatía y la comprensión hacia las personas que

enfrentan situaciones de consumo de sustancias psicoactivas, reconociendo que estas personas también requieren apoyo, orientación y acompañamiento

**2.3 Descripción del material didáctico utilizado**

Durante el desarrollo de la actividad se utilizaron recursos audiovisuales y materiales pedagógicos que permitieron facilitar la comprensión del tema abordado. Entre estos se proyectó un video relacionado con el estigma y la exclusión social que enfrentan las personas que consumen sustancias psicoactivas, el cual permitió generar reflexión entre los estudiantes frente a las consecuencias de los prejuicios y la discriminación en diferentes contextos sociales.

Adicionalmente, se realizó una actividad participativa en la cual los estudiantes elaboraron tres carteles con frases orientadas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, promoviendo mensajes de autocuidado, reflexión y toma de decisiones responsables. Esta actividad permitió que los estudiantes expresaran sus ideas y aportaran mensajes positivos dirigidos a fortalecer la prevención y la sensibilización frente a esta problemática. De modo que el uso de estos materiales didácticos favoreció la participación activa de los estudiantes y permitió reforzar los aprendizajes relacionados con el respeto, la empatía y la promoción de entornos saludables.

**2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.**

Durante el desarrollo de la actividad no se evidenció un número significativo de dudas por parte de los estudiantes frente al tema abordado. En general, los participantes manifestaron una postura de aparente desinterés o distanciamiento frente a la problemática, señalando que cada persona es libre de tomar sus propias decisiones y actuar como considere, siempre y cuando dichas acciones no afecten directamente a los demás.

En este sentido, algunos estudiantes expresaron que, desde su perspectiva, el consumo de sustancias psicoactivas corresponde a decisiones individuales, indicando que “cada quien es libre de ser y actuar como guste”, siempre que no se presenten situaciones que los involucren directamente.

No obstante, al inicio de la actividad surgió una inquietud puntual relacionada con el concepto de estigma, preguntando específicamente qué significa el término y cómo se relaciona con las personas que consumen sustancias psicoactivas. Esta pregunta permitió introducir el tema y desarrollar la explicación sobre los estereotipos, prejuicios y formas de discriminación que pueden presentarse en la sociedad frente a esta población.

### 3. Conclusiones y recomendaciones

Se evidenció que, aunque los estudiantes no manifestaron numerosas dudas frente al tema, sí expresaron percepciones relacionadas con la idea de que el consumo de sustancias corresponde únicamente a decisiones individuales. Este aspecto permitió orientar la conversación hacia la comprensión de que el fenómeno del consumo de sustancias puede estar asociado a diferentes factores sociales, familiares y emocionales, y que las personas que atraviesan estas situaciones requieren apoyo, comprensión y acceso a procesos de orientación y atención, más que rechazo o señalamiento.

Asimismo, la actividad permitió sensibilizar a los estudiantes sobre la importancia de promover una convivencia basada en el respeto, la empatía y la no discriminación, fortaleciendo actitudes que contribuyan a entornos escolares más inclusivos y respetuosos.

Como recomendación, se sugiere continuar desarrollando espacios educativos dentro del entorno escolar que aborden temas relacionados con la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y el fortalecimiento de habilidades para la vida, permitiendo que los estudiantes amplíen su comprensión frente a estas problemáticas y desarrollen una mirada más crítica y reflexiva frente a los prejuicios sociales.

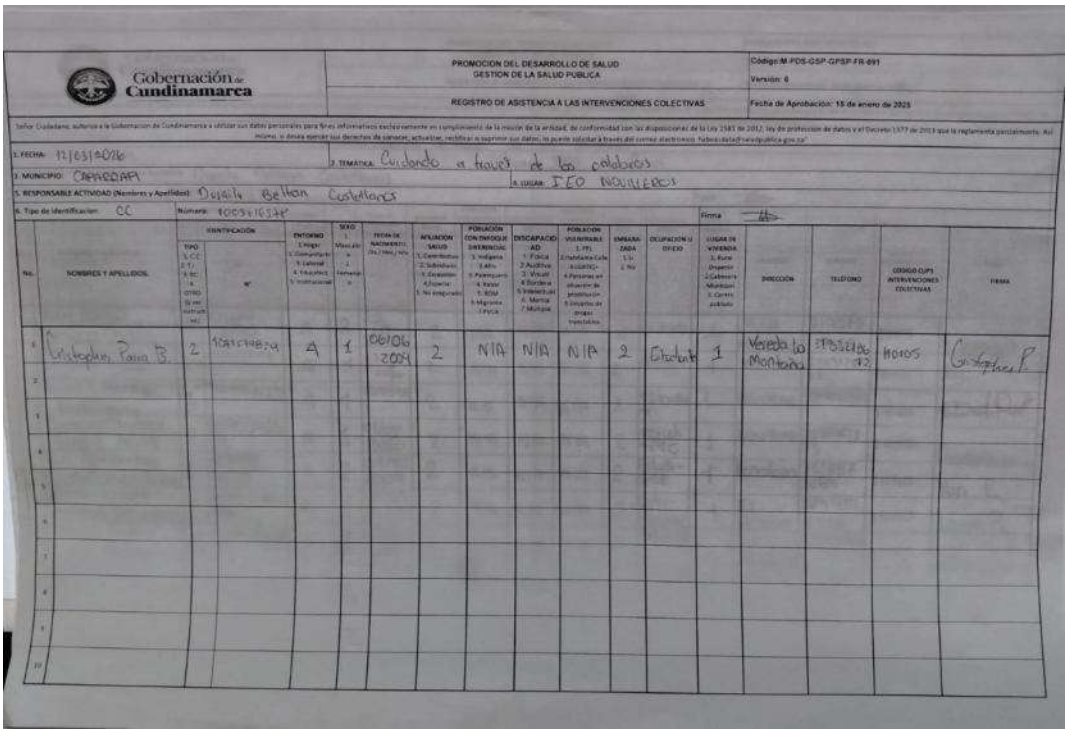
### 4. Registro fotográfico






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



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

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

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

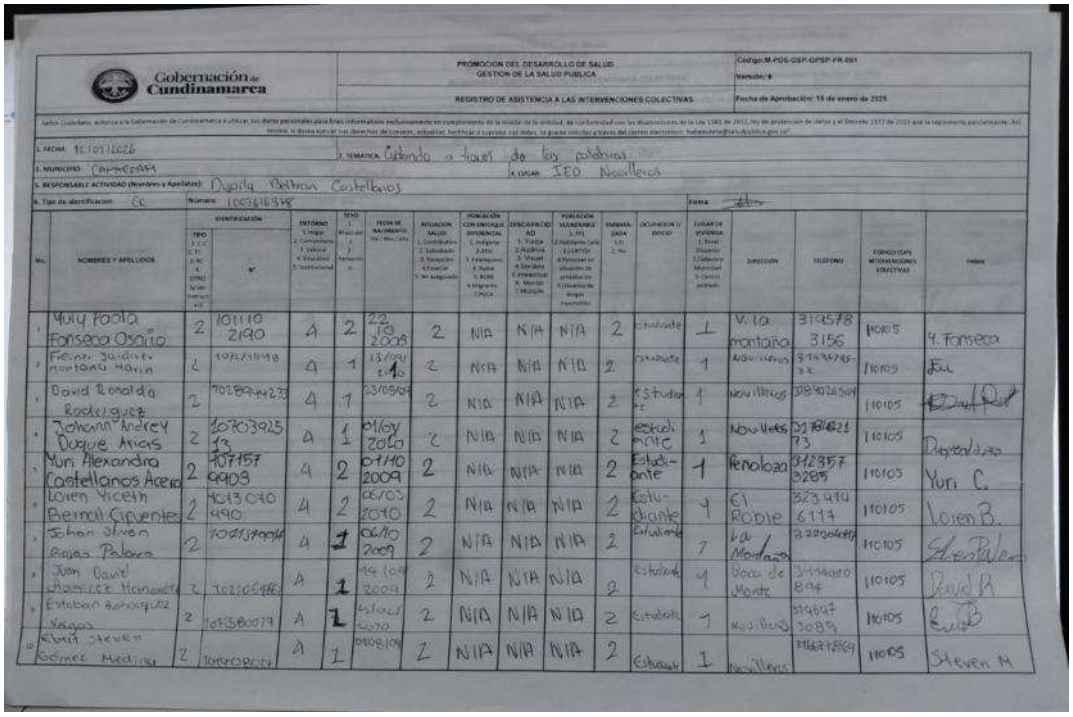
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 12/03/2026
2. TEMATICA: Cuidando a través de los colores
3. MUNICIPIO: CAJICA
4. LUGAR: IED INGENIEROS
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Daniela Beltran Castellanos
6. Tipo de Identificacion: CC Numero: 1015616534 Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN: TIPO (1.CC 2.TI 3.RC 4.OTRO) | IDENTIFICACIÓN: # | ENTORNO (1.Hogar 2.Comunitario 3.Laboral 4.Educativo 5.Institucional) | SEXO (1.Masculino 2.Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO (Dia / Mes / Año) | AFILIACION SALUD (1.Contributivo 2.Subsidiado 3.Excepcion 4.Especial 5.No Asegurado) | POBLACION CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1.Indigena 2.Afro 3.Palenquero 4.Raizal 5.ROM 6.Migrante 7.PPL) | DISCAPACIDAD (1.Fisica 2.Auditiva 3.Visual 4.Sordoceg 5.Intelectual 6.Mental 7.Multiple) | POBLACION VULNERABLE (1.PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situacion de prostitucion 5.Victimas de delitos sexuales 6.Victimas conflicto) | EMBARAZADA (1.Si 2.No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1.Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3.Centro poblado) | DIRECCION | TELEFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cristopher Pava B. | 2 | 1015548724 | A | 1 | 06/06/2004 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Vereda la Montaña | 3135616672 | H0105 | Cristopher P. |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

Codigo:M-PDS-GSP-GPSP-FR-051
Version: 6

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

1. FECHA: 9/07/2026
2. TEMATICA: Cuidado a través de los colores
3. MUNICIPIO: CAJICA
4. LUGAR: IED Novilleros
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dupla Beltran Castellanos
6. Tipo de identificacion: CC Numero: 1053618348 Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACION TIPO | IDENTIFICACION # | ENTORNO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | AFILIACION SALUD | POBLACION CON ENFOQUE DIFERENCIAL | DISCAPACIDAD | POBLACION VULNERABLE | VARIABLE DATA | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA | DIRECCION | TELEFONO | CONSECUTIVO INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Yuly Paola Fonseca Osorio | 2 | 1011102190 | A | 2 | 22/10/2008 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | V. la montaña | 319578 3156 | 110105 | Y. Fonseca |
| 2 | Freiner Jaiderver montaño Marin | 2 | 1071731848 | A | 1 | 13/09/2010 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | 3164765785 | 110105 | |
| 3 | David Ronaldo Rodriguez | 2 | 1028944223 | A | 1 | 23/09/08 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | 3189026504 | 110105 | |
| 4 | Johann Andrey Duque Arias | 2 | 1070303923 13 | A | 1 | 01/07/2010 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | estudiante | 1 | Novilleros | 3176621 93 | 110105 | |
| 5 | Yuri Alexandra Castellanos Acero | 2 | 1107157 9909 | A | 2 | 01/10/2009 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Fenalosa | 312357 3295 | 110105 | Yuri C. |
| 6 | Loren Yiceth Bernal Cifuentes | 2 | 1013070 4990 | A | 2 | 06/05/2010 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | El Rodeo | 323470 6117 | 110105 | Loren B. |
| 7 | Johan Stiven Rojas Palacio | 2 | 1021379014 | A | 1 | 06/10/2009 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | La Montaña | 3222604 | 110105 | |
| 8 | Juan David Ramirez Hernandez | 2 | 1023054966 | A | 1 | 04/09/2009 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Boca de Monte | 3144080 894 | 110105 | |
| 9 | Esteban Rodriguez Vargas | 2 | 1073500079 | A | 1 | 04/07/2010 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | 319647 3089 | 110105 | |
| 10 | Elvis Steven Gomez Medina | 2 | 1049539213 | A | 1 | 09/08/09 | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | 3166775964 | 110105 | Steven M |

| Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC | |
|---|---|
| Municipio | Caparrapi |
| Lugar | IED Novilleros |
| Fecha | Días 3 y 4 de marzo de 2026 |
| Tema | Conociendo para elegir mejor |
| Entorno | Educativo |
| Objetivo | Fortalecer las capacidades de los estudiantes en la identificación conceptual sobre las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y promover el rechazo frente al consumo de sustancias mediante el autocuidado y desarrollo de habilidades para la vida. |
| RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): | Dujaily Beltran Castellanos |
| Número Documento de identidad del responsable de la actividad | 1003616378 |
| Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091. | |

**Desarrollo de la Actividad**

1. **Descripción de la población asistente**

La actividad se desarrolló con la participación de estudiantes del entorno educativo, pertenecientes a grados de educación básica secundaria. Durante la jornada participaron 25 estudiantes, cuyo curso de vida es la dolescencia.

La intervención se realizó teniendo en cuenta el enfoque diferencial, reconociendo las características propias de la población adolescente, sus procesos de desarrollo físico, emocional y social, así como las diferentes realidades y contextos en los que se desenvuelven. Por ello, la información fue brindada mediante un lenguaje claro, comprensible y acorde a su edad, facilitando la comprensión de los conceptos abordados.

Asimismo, se promovió un ambiente de respeto, participación y escucha activa, permitiendo que los estudiantes expresaran sus opiniones y reflexiones frente al tema del consumo de sustancias

psicoactivas, fortaleciendo el pensamiento crítico, el autocuidado y la toma de decisiones responsables.

## 2. Metodología de la actividad realizada

La actividad se desarrolló mediante una metodología participativa, pedagógica y reflexiva, orientada a promover el aprendizaje significativo en los estudiantes

Durante la sesión se utilizaron diferentes estrategias educativas como dinámicas de integración, proyección de videos educativos, diálogo grupal y espacios de reflexión que permitieron a los estudiantes reconocer la importancia del autocuidado y el fortalecimiento de habilidades para la vida, tales como la toma de decisiones, el manejo de la presión social y el desarrollo del pensamiento crítico frente al consumo de sustancias.

### 2.1 Actividad lúdica de inicio

Como actividad de apertura se realizó la dinámica rompe hielo denominada “La Neurona”, la cual permitió generar un ambiente de integración, atención y participación entre los estudiantes.

A través de esta dinámica se buscó estimular la concentración, la interacción grupal y la disposición de los participantes para el desarrollo de la actividad. La dinámica permitió iniciar la jornada de manera activa y participativa, facilitando la confianza entre los estudiantes y promoviendo la importancia del cuidado del cerebro y las decisiones que pueden afectar su funcionamiento, conectando así de manera simbólica con el tema de las sustancias psicoactivas.

### 2.2 Explicación del tema

Durante el desarrollo de la sesión se abordaron conceptos relacionados con las nuevas sustancias psicoactivas (NSP), explicando a los estudiantes qué son, cómo pueden afectar el organismo y cuáles son los riesgos asociados a su consumo. Por otra parte, se explicó que estas sustancias pueden presentarse de diferentes formas y que muchas veces son comercializadas como productos aparentemente inofensivos, pero pueden generar efectos negativos en la salud física, mental y emocional.

Asimismo, se promovió la reflexión sobre la importancia del autocuidado y el desarrollo de habilidades para la vida, tales como la toma de decisiones responsables, el reconocimiento de situaciones de riesgo y la capacidad de decir no frente a la presión social o de grupo.

Para reforzar la comprensión del tema, se proyectaron videos educativos, los cuales permitieron ilustrar de manera clara los efectos y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, generando espacios de diálogo y reflexión entre los estudiantes.

**2.3 Descripción del material didáctico utilizado**

Durante la actividad se utilizaron videos educativos como material pedagógico de apoyo, los cuales permitieron explicar de manera visual y comprensible los conceptos relacionados con las nuevas sustancias psicoactivas y los riesgos asociados a su consumo.

Entre los recursos audiovisuales utilizados se proyectó un video basado en un caso real de una adolescente cuyo consumo de vapeadores (vaper) ocasionó graves afectaciones en sus pulmones, lo que permitió sensibilizar a los estudiantes frente a las consecuencias que pueden generar estos dispositivos en la salud, especialmente cuando se utilizan a temprana edad o de manera frecuente.

El uso de este tipo de material facilitó la reflexión y el análisis por parte de los estudiantes, permitiendo identificar los riesgos asociados al consumo de sustancias y reforzando la importancia del autocuidado, la toma de decisiones responsables y la prevención frente al uso de productos que pueden afectar la salud física y el bienestar integral.

**2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.**

- ¿Qué efectos pueden tener estas sustancias en el cerebro?
- ¿Qué hacer si un amigo o compañero está consumiendo sustancias?
- ¿Cómo decir no en caso de que personas insisten en que uno pruebe alguna sustancia?
- ¿Dónde se puede buscar ayuda si alguien tiene problemas con el consumo de sustancias?
- ¿Por qué muchas personas piensan que el vapeador no hace daño si en realidad puede afectar los pulmones?

## 3. Conclusiones y recomendaciones

La actividad permitió fortalecer en los estudiantes conocimientos sobre sustancias psicoactivas (NSP) referente a los riesgos asociados a su consumo, promoviendo reflexiones sobre la importancia del autocuidado, la toma de decisiones responsables y el desarrollo de habilidades para la vida.

Los estudiantes participaron activamente durante la jornada, mostrando interés en el tema y expresando sus opiniones e inquietudes frente a las situaciones relacionadas con el consumo de sustancias en contextos juveniles.

Se recomienda continuar implementando este tipo de actividades educativas dentro del entorno escolar, con el fin de fortalecer la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, promover

estilos de vida saludables y brindar a los estudiantes herramientas que les permitan enfrentar situaciones de presión social y riesgo.

## 4. Registro fotográfico

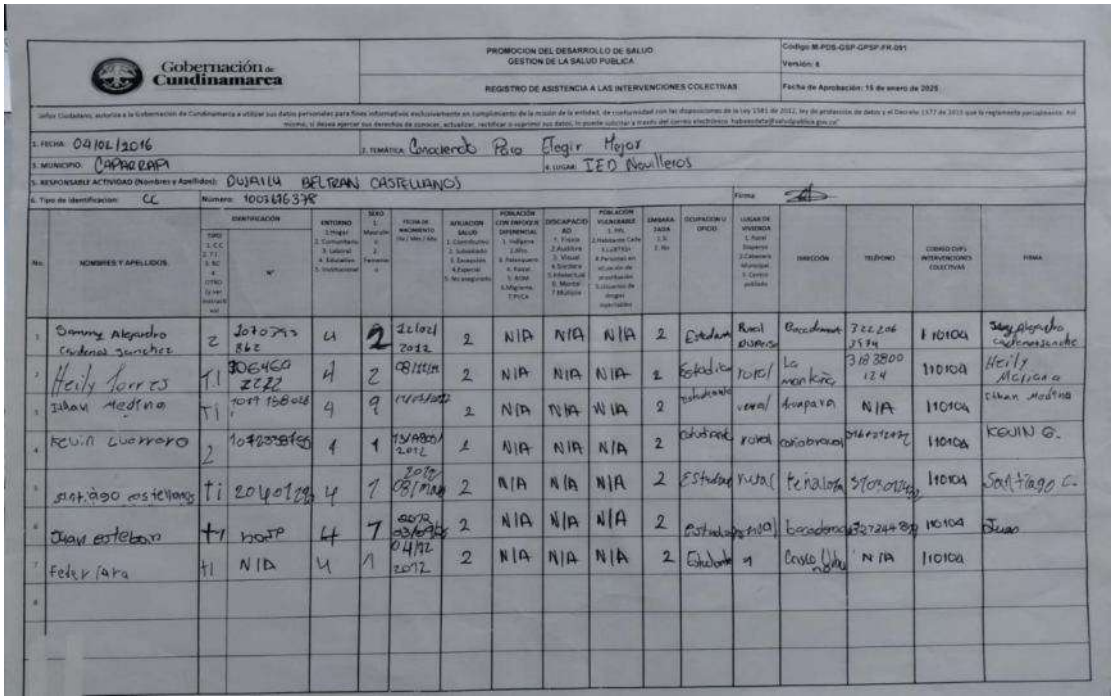








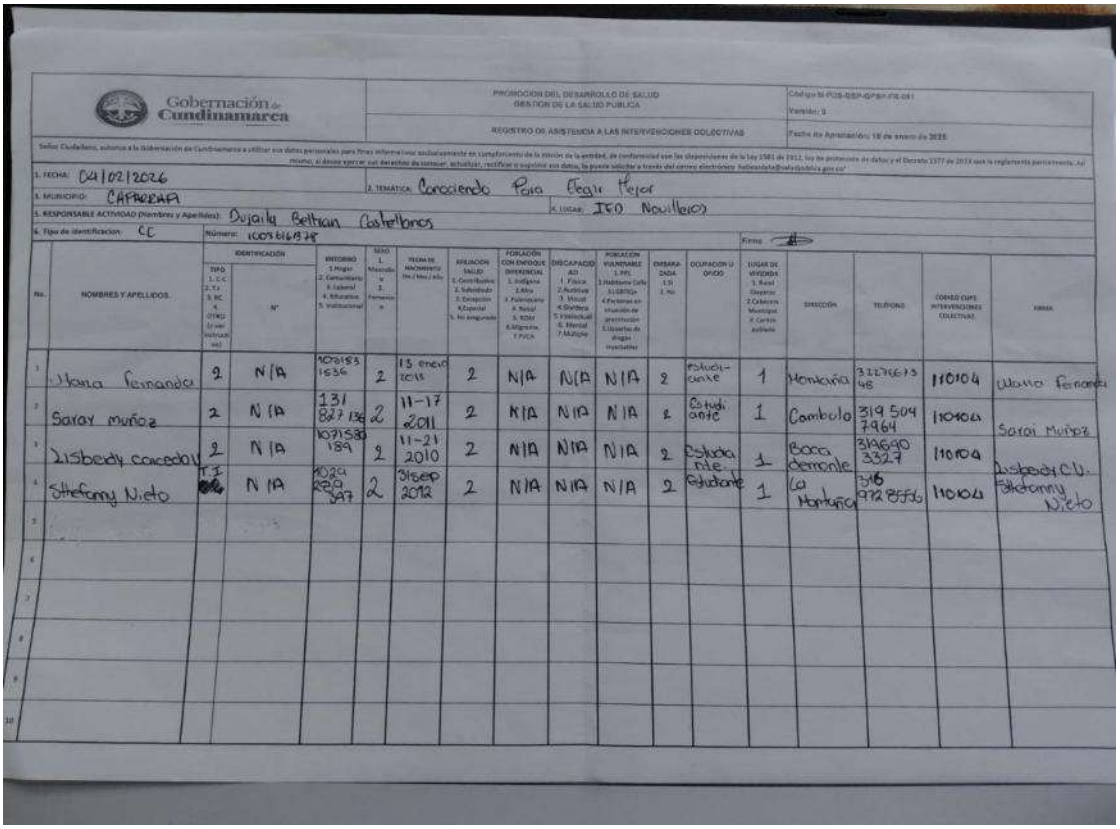
| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**<br>**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** | **Código: M-PDS-GSP-FR-029** |
| | | **Versión: 02** |
| | **Información de Actividades PIC** | **Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.** |



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

1. FECHA: 04/02/2026
2. TEMATICA: Conociendo Para Elegir Mejor
3. MUNICIPIO: CAPARRAPI
4. LUGAR: IED Navilleros
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): DUJAILA BELTRAN CASTELLANOS
6. Tipo de identificación: CC — Número: 1007616378

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN TIPO | IDENTIFICACIÓN Nº | ENTORNO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | AFILIACION SALUD | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL | DISCAPACIDAD | POBLACIÓN VULNERABLE | EMBARAZADA | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sammy Alejandro Cadena Sanchez | 2 | 1070793862 | 4 | 2 | 22/02/2012 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | Rural Dispersa | Bocademonte | 322206 3594 | 110104 | Sammy Alejandro Cadena Sanchez |
| 2 | Heily Torres | TI | 1006460 2022 | 4 | 2 | 08/11/14 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | rural | La montaña | 318 3800 124 | 110104 | Heily Mojica |
| 3 | Ilban Medina | TI | 1069 150808 | 4 | 9 | 11/03/2012 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | rural | Guapara | N/A | 110104 | Ilban Medina |
| 4 | KEVIN CUERVARO | 2 | 1072358765 | 4 | 1 | 19/08/2012 | 1 | N/A | N/A | N/A | 2 | estudiante | rural | colabraval | 3164732432 | 110104 | KEVIN C. |
| 5 | santiago estevanes | ti | 1069012 | 4 | 7 | 2019 08/mar | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | rural | fenalosa | 3104702344 | 110104 | Santiago C. |
| 6 | Juan esteban | TI | NOTP | 4 | 7 | 2019 03/06/2012 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | rural | bocademonte | 3227448 | 110104 | Juan |
| 7 | Federico | TI | N/A | 4 | 1 | 04/12 2012 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | rural | Casco Urbano | N/A | 110104 | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

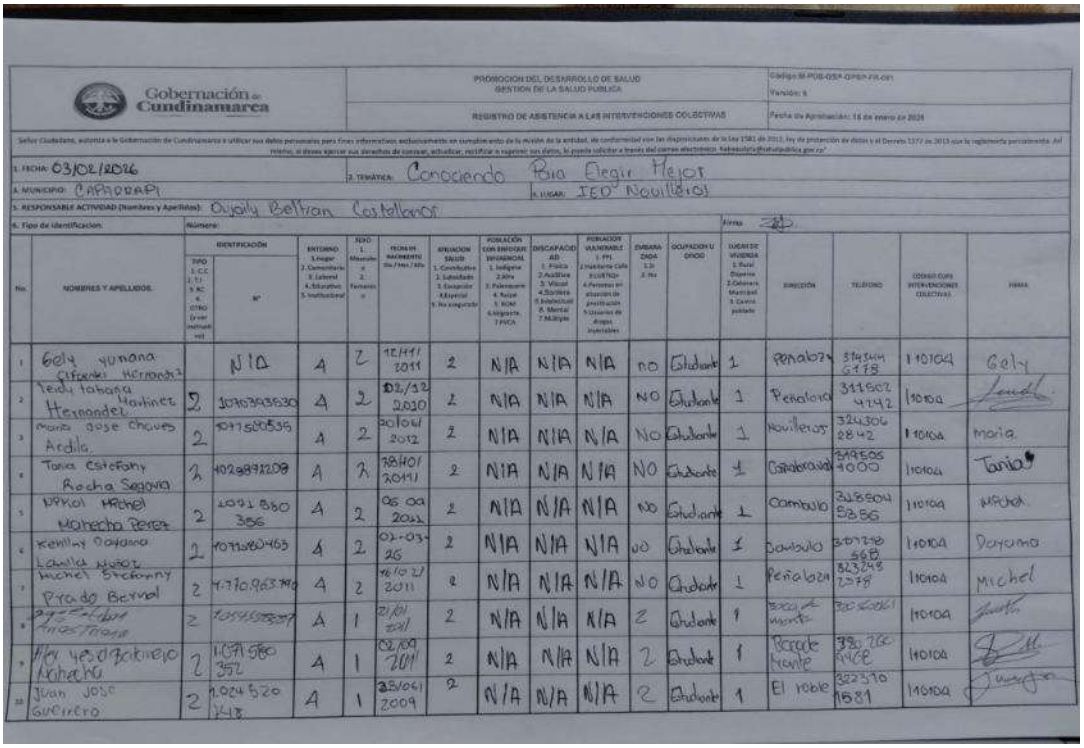


PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA
Código M-PDS-GSP-GPSP-FR-091
Versión: 6
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

1. FECHA: 04/02/2026
2. TEMATICA: Conociendo Para Elegir Mejor
3. MUNICIPIO: CAPARRAPI
4. LUGAR: IED Navilleros
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dujaila Beltran Castellanos
6. Tipo de identificación: CC — Número: 1007616378

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN TIPO | IDENTIFICACIÓN Nº | ENTORNO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | AFILIACION SALUD | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL | DISCAPACIDAD | POBLACIÓN VULNERABLE | EMBARAZADA | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Viviana Fernanda | 2 | N/A | 1073153 1536 | 2 | 13 enero 2011 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Monserrate | 3227667348 | 110104 | Viviana Fernanda |
| 2 | Saray muñoz | 2 | N/A | 131 827 136 | 2 | 11-17 2011 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Combola | 319 504 7964 | 110104 | Saray Muñoz |
| 3 | Lisbeidy cacedo | 2 | N/A | 1071580 189 | 2 | 11-21 2010 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Boca demonte | 3149690 3327 | 110104 | Lisbeidy C.U. |
| 4 | Stheffany Nieto | TI | N/A | 1024 829 347 | 2 | 31sep 2012 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | La Montaña | 316 9728566 | 110104 | Stheffany Nieto |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

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

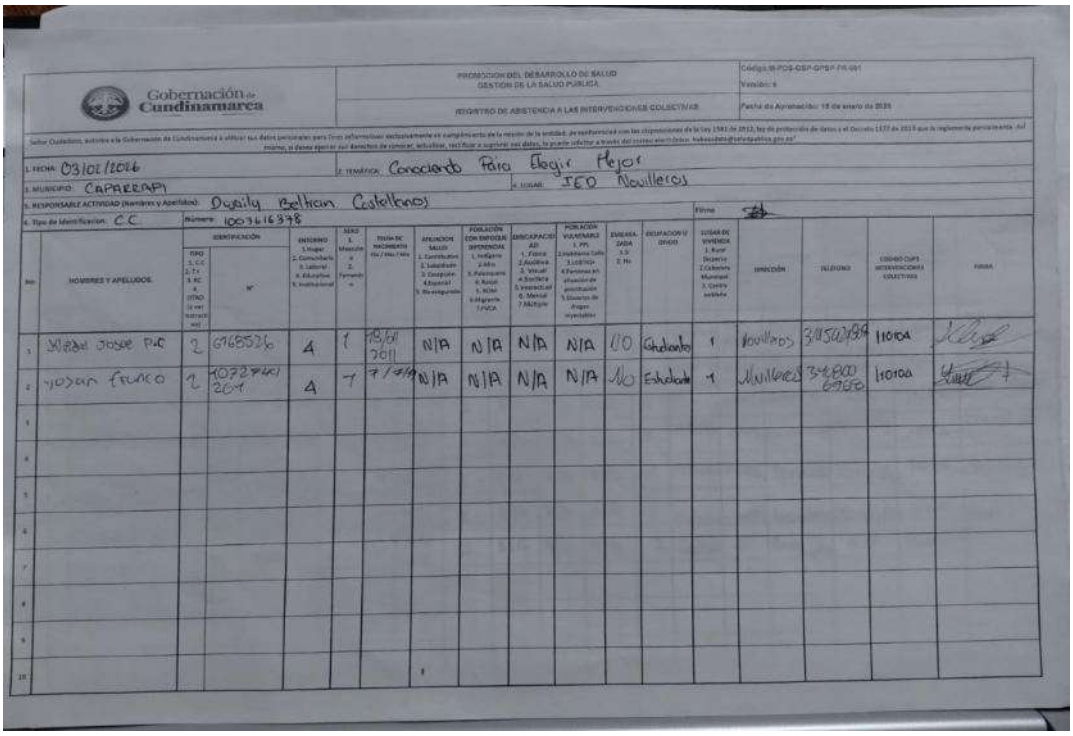
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 16 de enero de 2025

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

1. FECHA: 03/02/2026 — 2. TEMÁTICA: Conociendo Para Elegir Mejor
3. MUNICIPIO: CAPPARAPI — 4. LUGAR: IED Novilleros
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dubily Beltran Castellanos
6. Tipo de Identificación: — Número: — Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN: TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (¿cuál?)) | IDENTIFICACIÓN: Nº | ENTORNO (1. Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO (Día/Mes/Año) | AFILIACIÓN SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante 7.PPLCA) | DISCAPACIDAD (1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordoceguera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACIÓN VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | GESTANTE (1.Si 2. No) | OCUPACIÓN U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Gely yurana Cifuentes Hernandez | | N/A | A | 2 | 12/11/2011 | 2 | N/A | N/A | N/A | no | Estudiante | 1 | Peñalosa | 314544 6778 | 110104 | |
| 2 | Tedy tatiana Martinez Hernandez | 2 | 1076393630 | A | 2 | 02/12/2030 | 2 | N/A | N/A | N/A | NO | Estudiante | 1 | Peñalosa | 311602 4742 | 110104 | |
| 3 | Maria jose chaves Ardila | 2 | 1075605595 | A | 2 | 30/06/2012 | 2 | N/A | N/A | N/A | NO | Estudiante | 1 | Novilleros | 324306 2842 | 110104 | |
| 4 | Tania Estefany Rocha Segovia | 2 | 1028891209 | A | 2 | 28/01/2011 | 2 | N/A | N/A | N/A | NO | Estudiante | 1 | Cabeceras | 314505 4000 | 110104 | |
| 5 | Mikol Michel Mancha Perez | 2 | 1091 860 356 | A | 2 | 05 09 2012 | 2 | N/A | N/A | N/A | NO | Estudiante | 1 | Cambulo | 318504 5856 | 110104 | |
| 6 | Kenlly Dayana Lavita Nuñez | 2 | 1076960463 | A | 2 | 02-03-26 | 2 | N/A | N/A | N/A | no | Estudiante | 1 | Cambulo | 3107378 568 | 110104 | |
| 7 | Michel Stefanny Prado Bernal | 2 | 1.070.963.870 | A | 2 | 16/12/2011 | 2 | N/A | N/A | N/A | NO | Estudiante | 1 | Peñalosa | 323248 7378 | 110104 | |
| 8 | [illegible] Anastasia | 2 | [illegible] | A | 1 | 21/01/2011 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | [illegible] | [illegible] | 110104 | |
| 9 | Yoly yesica Bolivar Moncada | 2 | 1.071.980 352 | A | 1 | 02/09/2011 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Parque Verde | 318 726 9468 | 110104 | |
| 10 | Juan José Gutierrez | 2 | 1.024.520 248 | A | 1 | 25/06/2009 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | El roble | 322370 1681 | 110104 | |



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

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

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 16 de enero de 2025

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

1. FECHA: 03/02/2026 — 2. TEMÁTICA: Conociendo Para Elegir Mejor
3. MUNICIPIO: CAPARRAPI — 4. LUGAR: IED Novilleros
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dubily Beltran Castellanos
6. Tipo de Identificación: CC — Número: 1003616378 — Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN: TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (¿cuál?)) | IDENTIFICACIÓN: Nº | ENTORNO (1. Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO (Día/Mes/Año) | AFILIACIÓN SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante 7.PPLCA) | DISCAPACIDAD (1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordoceguera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACIÓN VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | GESTANTE (1.Si 2. No) | OCUPACIÓN U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Wilder Jose Paz | 2 | G7685526 | 4 | 1 | 16/01/2011 | N/A | N/A | N/A | N/A | NO | Estudiante | 1 | Novilleros | 3115078 | 110104 | |
| 2 | yojan franco | 2 | 1072[illegible] 204 | 4 | 1 | 7/1/19 | N/A | N/A | N/A | N/A | No | Estudiante | 1 | Novilleros | 314800 69850 | 110104 | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC | |
|---|---|
| Municipio | Caparrapi |
| Lugar | Escuela Rural Novilleros |
| Fecha | Días 6 y 12 de marzo de 2026 |
| Tema | “Conociéndome y respetando a las demás personas” |
| Entorno | Educativo |
| Objetivo | Fortalecer en los estudiantes el reconocimiento de su identidad personal, corporal y emocional, promoviendo una autoimagen positiva, el respeto por sí mismos y por las demás personas, así como la comprensión básica de los cambios físicos y emocionales asociados a la pubertad inicial. Asimismo, propiciar la reflexión crítica sobre los roles y estereotipos de género, y fomentar la valoración de la diversidad como fundamento para una convivencia respetuosa, equitativa e inclusiva en el entorno escolar y social. |
| RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): | Dujaily Beltran Castellanos |
| Número Documento de identidad del responsable de la actividad | 1003616378 |
| Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091. | |

**Desarrollo de la Actividad**

1. **Descripción de la población asistente**

La actividad estuvo dirigida a estudiantes de educación básica, contando con la participación de 25 niños y niñas cuyas edades oscilan entre los 5 y los 11 años.

Los estudiantes se encuentran en una etapa importante de desarrollo personal, social y emocional, en la cual comienzan a fortalecer su identidad, reconocer sus características individuales y comprender los cambios físicos y emocionales propios del crecimiento. Durante la actividad los

participantes demostraron interés por las temáticas abordadas, participando activamente en las dinámicas propuestas y compartiendo experiencias relacionadas con su entorno escolar y familiar.

Asimismo, se promovió el reconocimiento y respeto por la diversidad individual, entendiendo que cada estudiante posee características, intereses, experiencias y formas de expresión distintas que deben ser valoradas dentro del entorno educativo. En este sentido, se fomentaron espacios de diálogo y reflexión orientados a fortalecer el respeto por las diferencias, la empatía y la convivencia pacífica entre los compañeros.

De igual manera, se integró el enfoque de género, promoviendo la reflexión sobre los roles y estereotipos tradicionalmente asociados a niñas y niños, con el propósito de fortalecer en los estudiantes una visión basada en la igualdad, el respeto y la valoración de las capacidades individuales sin distinción de género.

## 2. Metodología de la actividad realizada

La actividad se desarrolló mediante una metodología participativa, lúdica y reflexiva, orientada a facilitar el aprendizaje significativo en los estudiantes de acuerdo con su edad y nivel de comprensión.

Durante el desarrollo del espacio educativo se priorizó el uso de un lenguaje claro, sencillo y adaptado a las edades de los participantes, con el fin de garantizar que todos los estudiantes pudieran comprender de manera adecuada los temas abordados relacionados con el reconocimiento de la identidad personal, los cambios físicos y emocionales propios del crecimiento, así como la importancia del respeto por las diferencias entre las personas. Asimismo, se utilizaron ejemplos y situaciones cotidianas cercanas a la realidad de los niños y niñas, lo que permitió generar un ambiente de confianza y participación, facilitando que los estudiantes expresaran sus opiniones, experiencias y dudas frente a los temas trabajados.

La metodología empleada promovió la interacción entre los participantes mediante preguntas orientadoras, espacios de reflexión y dinámicas grupales, favoreciendo el reconocimiento de sus características personales, el fortalecimiento de la autoestima y la comprensión de la importancia del respeto hacia sí mismos y hacia los demás dentro del entorno escolar. De esta manera, se buscó promover un aprendizaje dinámico y comprensible para los estudiantes, fortaleciendo habilidades socioemocionales que contribuyen a una convivencia escolar respetuosa e inclusiva.

**2.1 Actividad lúdica de inicio**

Para iniciar la actividad se realizó una dinámica participativa en la cual se invitó a los estudiantes a reflexionar sobre quiénes son y qué características los hacen únicos y especiales. Durante esta actividad los niños y niñas compartieron cualidades personales, gustos, habilidades e intereses que los identifican como individuos, promoviendo el reconocimiento de la identidad personal y el fortalecimiento de la autoestima.

Esta dinámica permitió generar un ambiente de confianza entre los participantes y facilitó la introducción del tema relacionado con la importancia de reconocerse a sí mismos, valorar sus características individuales y respetar las diferencias entre las personas.

**2.2 Explicación del tema**

Durante el desarrollo de la actividad se abordó el tema “Conociéndome y respetando a las demás personas”, orientado a fortalecer en los estudiantes el reconocimiento de su identidad personal, corporal y emocional. En este espacio se explicó a los estudiantes la importancia de reconocer sus cualidades, habilidades y características personales, promoviendo una autoimagen positiva y el respeto por sí mismos. Asimismo, se abordaron de manera sencilla algunos aspectos relacionados con los cambios físicos y emocionales que pueden presentarse durante la pubertad inicial, permitiendo que los estudiantes comprendieran que estos cambios hacen parte del crecimiento y desarrollo natural de las personas.

De igual manera, se promovió la reflexión sobre los roles y estereotipos de género, orientando a los estudiantes sobre la importancia de reconocer que tanto niñas como niños pueden desarrollar diferentes habilidades, intereses y actividades sin que estas estén limitadas por ideas o creencias sociales.

Finalmente, se abordó el tema de la diversidad y el respeto por las diferencias, resaltando la importancia de valorar a cada persona por lo que es, fomentando actitudes de respeto, inclusión y empatía dentro del entorno escolar.

**2.3 Descripción del material didáctico utilizado**

Para el desarrollo de la actividad se utilizaron diferentes materiales pedagógicos y recursos didácticos orientados a facilitar la comprensión de los temas abordados y promover la participación activa de los estudiantes. Entre las estrategias utilizadas se realizó la elaboración de un árbol simbólico, en el cual los estudiantes participaron escribiendo o expresando en las hojas del árbol aquellas características, cualidades o habilidades que los hacen especiales como personas. Cada hoja representaba un aspecto positivo de cada niño o niña, permitiendo que los estudiantes

reflexionaran sobre sus fortalezas, gustos, habilidades y aspectos que los identifican como individuos únicos.

Esta actividad permitió fortalecer el reconocimiento de la identidad personal y la construcción de una autoimagen positiva, promoviendo en los estudiantes la valoración de sus cualidades y el respeto por las características de los demás. Asimismo, el árbol se convirtió en un recurso visual que representó la diversidad del grupo, evidenciando que cada estudiante aporta cualidades diferentes que enriquecen la convivencia dentro del entorno escolar.

**2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.**

- ¿Por qué nuestro cuerpo cambia cuando vamos creciendo?
- ¿Es normal que las personas tengan gustos o intereses diferentes?
- ¿Por qué algunas personas dicen que hay cosas que solo pueden hacer los niños o las niñas?
- ¿Por qué no debo dejar tocar mi cuerpo?
- ¿Qué podemos hacer cuando alguien no respeta a un compañero o compañera?

## 3. Conclusiones y recomendaciones

El desarrollo de la actividad permitió fortalecer en los estudiantes el reconocimiento de su identidad personal, corporal y emocional, promoviendo la valoración de sus cualidades y el respeto por sí mismos y por los demás.

Se evidenció una participación activa por parte de los estudiantes, quienes demostraron interés en las temáticas abordadas y disposición para reflexionar sobre la importancia de la convivencia basada en el respeto, la equidad y la inclusión.

Este tipo de espacios educativos contribuye al fortalecimiento de habilidades socioemocionales y al desarrollo de actitudes de respeto hacia la diversidad, lo cual resulta fundamental para la construcción de entornos escolares seguros, saludables e inclusivos.

## 4. Registro fotográfico

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

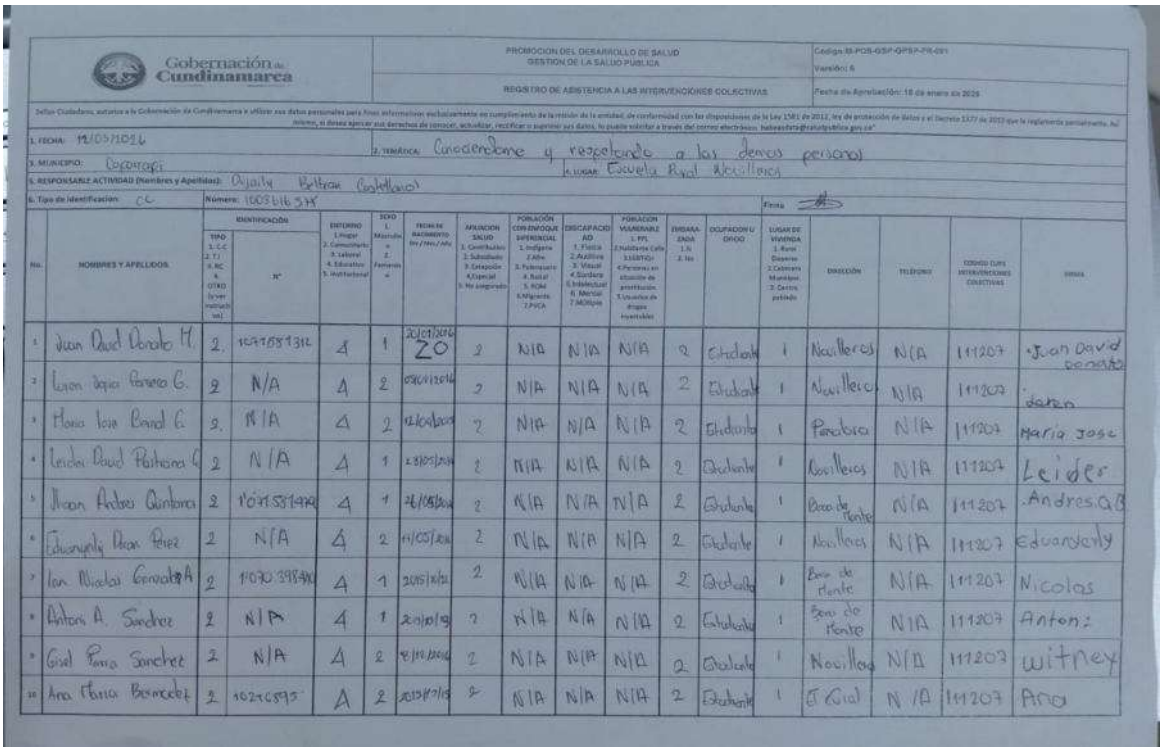








| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**<br>**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** | **Código: M-PDS-GSP-FR-029** |
| | | **Versión: 02** |
| | **Información de Actividades PIC** | **Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.** |



PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

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

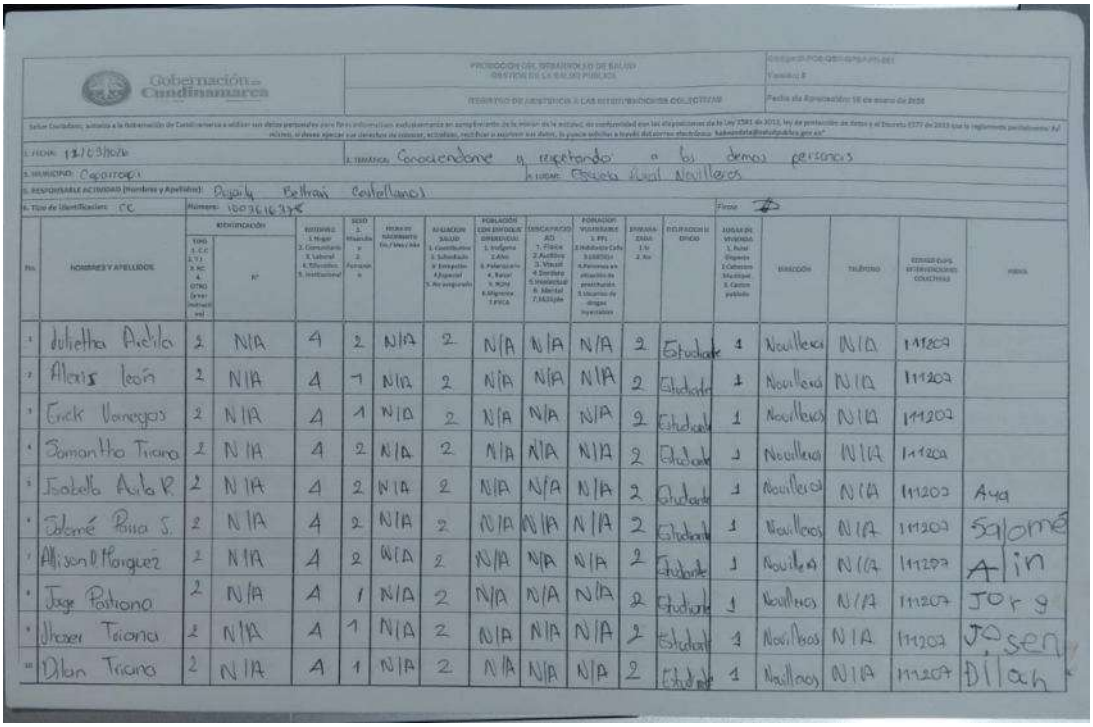
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 18 de enero de 2024

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

1. FECHA: 11/09/2024 — 2. TEMÁTICA: Concientizar y respetando a los demas personas
3. MUNICIPIO: Caparapi — 4. LUGAR: Escuela Rural Novilleros
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dayana Beltran Castellanos
6. Tipo de Identificación: CC — Número: 1007616378 — Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN TIPO | IDENTIFICACIÓN Nº | ESTUDIO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | AFILIACIÓN SALUD | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL | DISCAPACIDAD | POBLACIÓN VULNERABLE | EMBARAZADA | OCUPACIÓN U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Juan David Donato M. | 2 | 1077581312 | 4 | 1 | 20/07/2006 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Juan David Donato |
| 2 | Leon Dajci Pereira G. | 2 | N/A | 4 | 2 | 08/01/2016 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Leon |
| 3 | Maria Jose Bernal G. | 2 | N/A | 4 | 2 | 12/octubre | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Perdoica | N/A | 111207 | Maria Jose |
| 4 | Leider David Patiano G | 2 | N/A | 4 | 1 | 23/05/2014 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Leider |
| 5 | Juan Andres Quintero | 2 | 1011531470 | 4 | 1 | 26/05/2014 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Beso de Monte | N/A | 111207 | Andres.QB |
| 6 | Eduardy Ocon Perez | 2 | N/A | 4 | 2 | 01/05/2014 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Eduardy |
| 7 | Ian Nicolas Gonzalez A | 2 | 1070 398 | 4 | 1 | 2015/10/21 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Beso de Monte | N/A | 111207 | Nicolas |
| 8 | Anton A. Sanchez | 2 | N/A | 4 | 1 | 2010/09 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Beso de Monte | N/A | 111207 | Anton: |
| 9 | Gisel Parra Sanchez | 2 | N/A | 4 | 2 | 8/11/2004 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | witney |
| 10 | Ana Maria Benavides | 2 | 1027 | 4 | 2 | 2013/07/16 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | El Cial | N/A | 111207 | Ana |



Gobernación de Cundinamarca

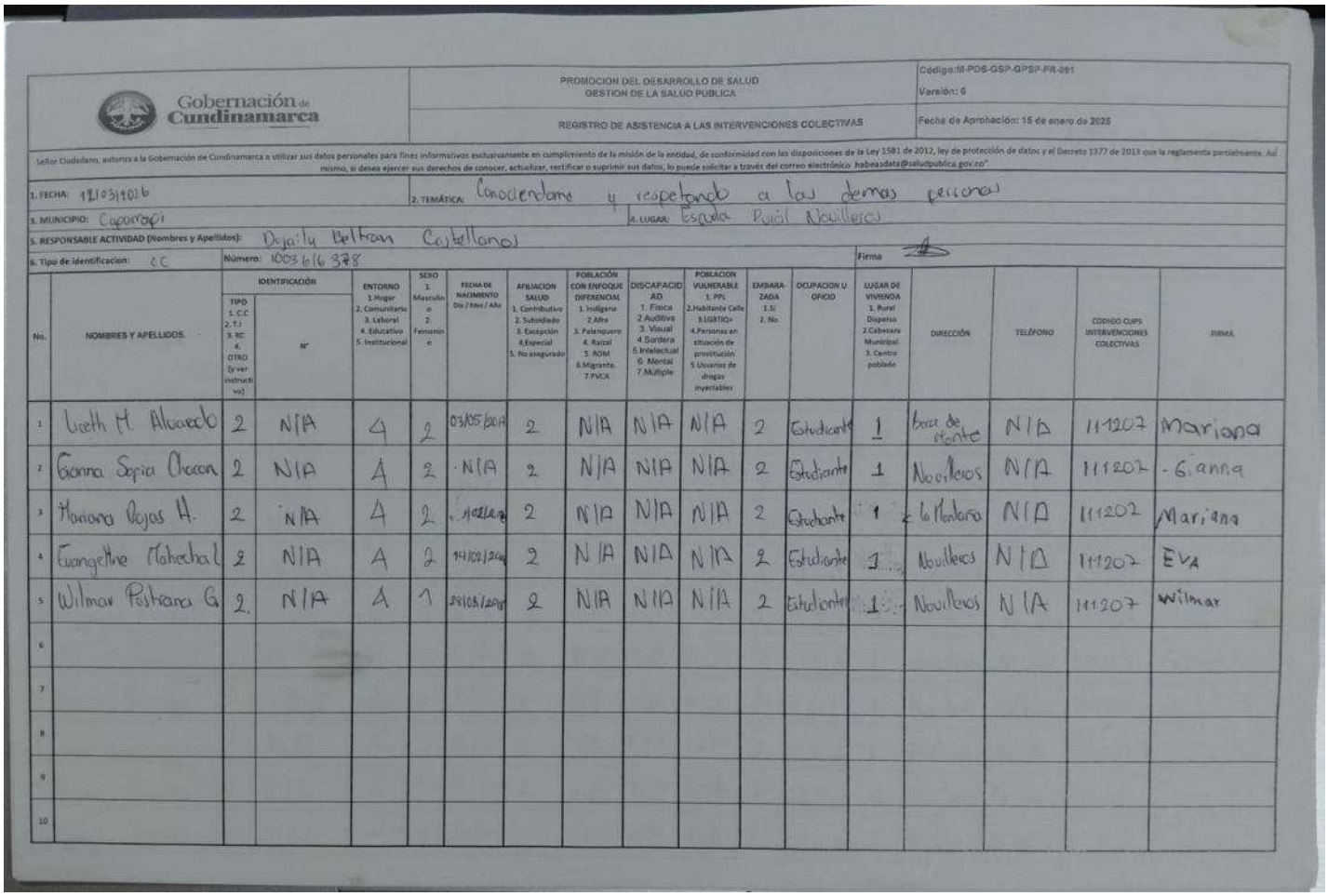
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 18 de enero de 2024

1. FECHA: 11/09/2024 — 2. TEMÁTICA: Concientizar y respetando a los demas personas
3. MUNICIPIO: Caparapi — 4. LUGAR: Escuela Rural Novilleros
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dayana Beltran Castellanos
6. Tipo de Identificación: CC — Número: 1007616378 — Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN TIPO | IDENTIFICACIÓN Nº | ESTUDIO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | AFILIACIÓN SALUD | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL | DISCAPACIDAD | POBLACIÓN VULNERABLE | EMBARAZADA | OCUPACIÓN U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Julietha Avella | 2 | N/A | 4 | 2 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | |
| 2 | Alexis León | 2 | N/A | 4 | 1 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | |
| 3 | Erick Venegas | 2 | N/A | 4 | 1 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | |
| 4 | Samantha Triana | 2 | N/A | 4 | 2 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | |
| 5 | Isabella Avila R. | 2 | N/A | 4 | 2 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Ana |
| 6 | Salomé Pisa S. | 2 | N/A | 4 | 2 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Salomé |
| 7 | Allison Marquez | 2 | N/A | 4 | 2 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Alin |
| 8 | Jorge Patiano | 2 | N/A | 4 | 1 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Jorge |
| 9 | Yhoser Triana | 2 | N/A | 4 | 1 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Joser |
| 10 | Dilan Triana | 2 | N/A | 4 | 1 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Dilan |

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



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

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

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

1. FECHA: 12/03/2026
2. TEMÁTICA: Conociendome y respetando a los demas personas
3. MUNICIPIO: Caparapi
4. LUGAR: Escuela Rural Novilleros
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dayla Beltran Castellanos
6. Tipo de identificacion: CC
Número: 1003616378
Firma

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN Nº | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año | AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Multiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5 Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.Si 2. No | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2 Cabecera Municipal 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Lieth M. Alvarado | 2 | N/A | 4 | 2 | 03/05/2004 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Base de monte | N/A | 111207 | Mariana |
| 2 | Gianna Sofia Acero | 2 | N/A | 4 | 2 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Gianna |
| 3 | Mariana Rojas H. | 2 | N/A | 4 | 2 | 14/02/2009 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | La Montaña | N/A | 111207 | Mariana |
| 4 | Evangeline Mahecha L | 2 | N/A | 4 | 2 | 14/02/2009 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | EVA |
| 5 | Wilmar Pastrana G. | 2 | N/A | 4 | 1 | 28/08/2009 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111207 | Wilmar |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC | |
|---|---|
| Municipio | Caparrapi |
| Lugar | Escuela Rural Novilleros |
| Fecha | 11/03/2026 |
| Tema | “Caja de las emociones” |
| Entorno | Educativo |
| Objetivo | Promover el reconocimiento, la expresión y la gestión adecuada de las emociones en niños y niñas de los primeros grados de educación básica, mediante actividades sensoriales, juegos y cuentos, fortaleciendo el desarrollo socioemocional y la convivencia escolar desde los primeros años de vida. |
| RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): | Dujaily Beltran Castellanos |
| Número Documento de identidad del responsable de la actividad | 1003616378 |
| Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091. | |

**Desarrollo de la Actividad**

1. **Descripción de la población asistente**

La actividad estuvo dirigida a niños y niñas de los primeros grados de educación básica de la institución educativa, contando con la participación de 25 estudiantes cuyas edades oscilan entre los 5 y los 11 años. Los participantes se encuentran en una etapa fundamental del desarrollo emocional y social, en la cual el reconocimiento, la expresión y la gestión adecuada de las emociones resulta clave para fortalecer su bienestar y la convivencia dentro del entorno escolar.

Durante el desarrollo de la actividad se evidenció una participación activa por parte de los niños y niñas, quienes mostraron interés en las dinámicas propuestas, especialmente en las actividades sensoriales, juegos y narración de cuentos vinculados a las emociones. Los estudiantes interactuaron entre sí compartiendo experiencias y reconociendo diferentes emociones que pueden presentarse en situaciones cotidianas.

Este tipo de espacios contribuye al fortalecimiento del desarrollo socioemocional en edades tempranas, promoviendo habilidades como la empatía, la comunicación y el respeto hacia las emociones propias y de los demás.

## 2. Metodología de la actividad realizada

La actividad se desarrolló mediante una metodología lúdica, participativa y experiencial, orientada a facilitar el aprendizaje significativo en los niños y niñas a través del juego, la exploración sensorial y la narración de cuentos relacionados con las emociones. A través de la estrategia denominada "Caja de las emociones", se promovió la participación activa de los estudiantes mediante actividades que les permitieron identificar, reconocer y expresar diferentes emociones como la alegría, la tristeza, el enojo y el miedo.

Las dinámicas utilizadas permitieron generar un ambiente de confianza y respeto, favoreciendo el diálogo, la expresión emocional y el fortalecimiento de habilidades sociales que contribuyen a una convivencia escolar saludable.

### 2.1 Actividad lúdica de inicio

Para iniciar la actividad se utilizó como estrategia pedagógica la proyección de un video corto relacionado con la representación de diferentes emociones, el cual permitió a los niños y niñas observar de manera dinámica cómo se manifiestan emociones como la alegría, la tristeza, el enojo y el miedo en situaciones cotidianas. A partir del video se generó un espacio de diálogo y participación en el que los estudiantes pudieron identificar las emociones presentadas, expresar cómo se han sentido en situaciones similares y compartir experiencias relacionadas con sus propios sentimientos.

Esta actividad permitió captar el interés de los participantes y facilitar la comprensión del tema, promoviendo el reconocimiento de las emociones y la reflexión sobre la importancia de expresarlas de manera adecuada, favoreciendo así el desarrollo socioemocional y la convivencia dentro del entorno escolar.

### 2.2 Explicación del tema

Como parte del proceso educativo se explicó a los estudiantes que las emociones hacen parte de la vida cotidiana y que todas las personas pueden experimentar diferentes sentimientos como la alegría, la tristeza, el enojo, el miedo y la sorpresa, los cuales pueden presentarse en distintas situaciones de la vida diaria. Asimismo, se orientó a los niños y niñas sobre la importancia de reconocer que todas las emociones son válidas y que es fundamental aprender a expresarlas de forma respetuosa y adecuada.

Para facilitar la comprensión del tema se utilizó la estrategia pedagógica denominada “Caja de las emociones”, un recurso didáctico diseñado para promover la participación activa de los estudiantes mediante el uso de tarjetas asociados a diferentes emociones. A través de esta actividad los niños y niñas pudieron identificar cada emoción representada, relacionarla con situaciones que pueden presentarse en su vida diaria y expresar cómo se sienten frente a determinadas experiencias.

Durante la dinámica se invitó a los estudiantes a reflexionar sobre momentos en los que han experimentado alguna emoción específica, permitiéndoles compartir experiencias con sus compañeros y reconocer que otras personas también pueden sentirse de manera similar en determinadas situaciones. Este ejercicio favoreció el desarrollo de habilidades como la empatía, el respeto por las emociones de los demás y la capacidad de expresar sentimientos de manera adecuada.

Asimismo, se brindaron orientaciones sencillas sobre algunas estrategias que pueden ayudar a gestionar las emociones, tales como hablar con un adulto de confianza, expresar lo que sienten a través de palabras, tomar un momento para tranquilizarse o buscar apoyo en docentes o familiares cuando experimenten emociones difíciles de manejar.

Este espacio educativo permitió fortalecer en los estudiantes habilidades socioemocionales fundamentales para su desarrollo integral, contribuyendo al mejoramiento de la convivencia escolar, el respeto entre compañeros y la construcción de entornos escolares más saludables y seguros para los niños y niñas.

**2.3 Descripción del material didáctico utilizado**

Para el desarrollo de la actividad se utilizaron diferentes materiales didácticos y recursos pedagógicos orientados a facilitar la comprensión del tema por parte de los niños y niñas, teniendo en cuenta sus edades y características del proceso de aprendizaje. Como parte de la estrategia educativa se proyectó un video relacionado con la representación de diferentes emociones, el cual permitió a los estudiantes identificar de manera visual y dinámica emociones como la alegría, la tristeza, el enojo y el miedo en situaciones cotidianas. Este recurso audiovisual facilitó la comprensión del tema, captando la atención de los participantes y generando un espacio de reflexión frente a cómo se manifiestan las emociones en la vida diaria.

Asimismo, se utilizó la “Caja de las emociones” como recurso pedagógico principal de la actividad. Esta contenía tarjetas e imágenes representativas de diferentes emociones, las cuales permitieron a los estudiantes identificar cada emoción, relacionarla con experiencias propias y expresar cómo se sienten en determinadas situaciones.

Adicionalmente, se utilizaron cuentos y ejemplos sencillos relacionados con situaciones cotidianas que pueden generar diferentes emociones en los niños y niñas, lo que permitió fortalecer la comprensión del tema y promover la participación activa de los estudiantes.

El material empleado fue visual, dinámico y adaptado a la edad de los participantes, favoreciendo el aprendizaje significativo, el reconocimiento de las emociones y el fortalecimiento de habilidades socioemocionales que contribuyen a una mejor convivencia escolar.

**2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.**

- ¿Por qué a veces sentimos enojo o tristeza?
- ¿Qué podemos hacer cuando estamos muy enojados?
- ¿Está mal llorar cuando nos sentimos tristes?
- ¿Cómo podemos ayudar a un compañero que está triste?
- ¿Qué podemos hacer cuando alguien nos hace sentir mal?

## 3. Conclusiones y recomendaciones

La actividad permitió promover en los niños y niñas el reconocimiento y la expresión de sus emociones, fortaleciendo habilidades socioemocionales fundamentales para su desarrollo integral y para la convivencia dentro del entorno escolar.

Se evidenció una participación activa por parte de los estudiantes, quienes demostraron interés por las dinámicas desarrolladas y disposición para compartir sus experiencias y emociones dentro del grupo.

Este tipo de estrategias pedagógicas basadas en el juego, la narración de cuentos y las actividades sensoriales favorecen el aprendizaje significativo en edades tempranas, permitiendo fortalecer habilidades como la empatía, la comunicación y el respeto hacia los demás.

## 4. Registro fotográfico

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

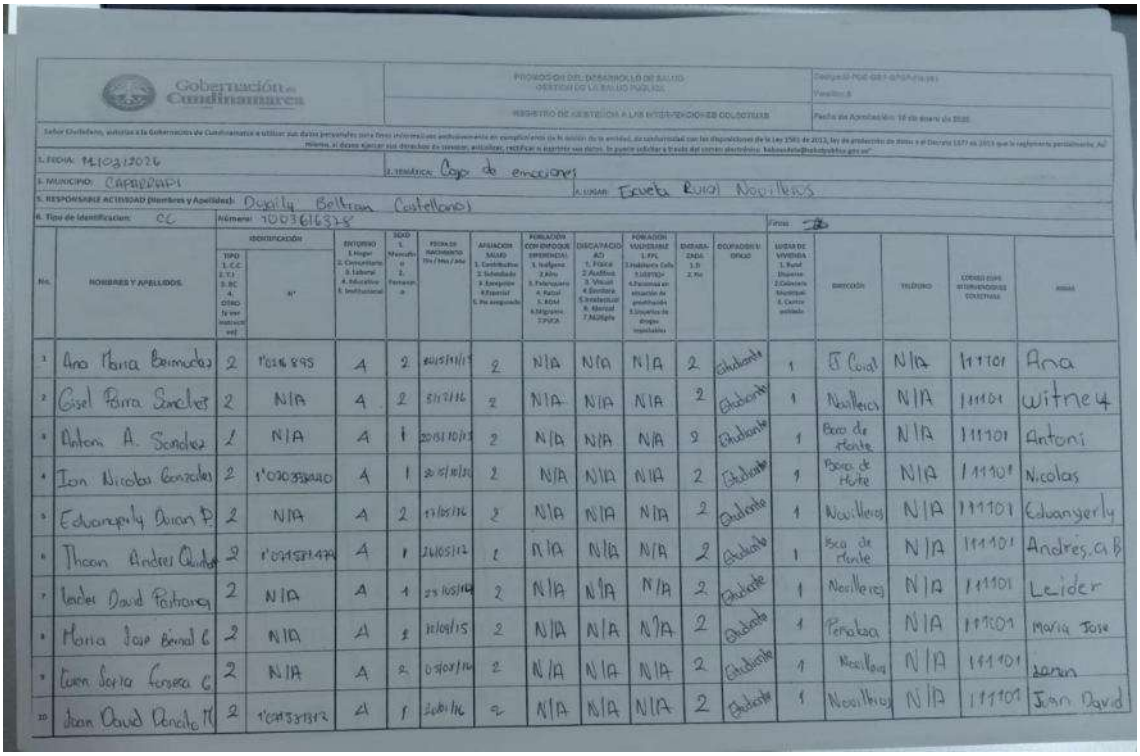








| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**<br>**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** | **Código: M-PDS-GSP-FR-029** |
| | | **Versión: 02** |
| | **Información de Actividades PIC** | **Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.** |



PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

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

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

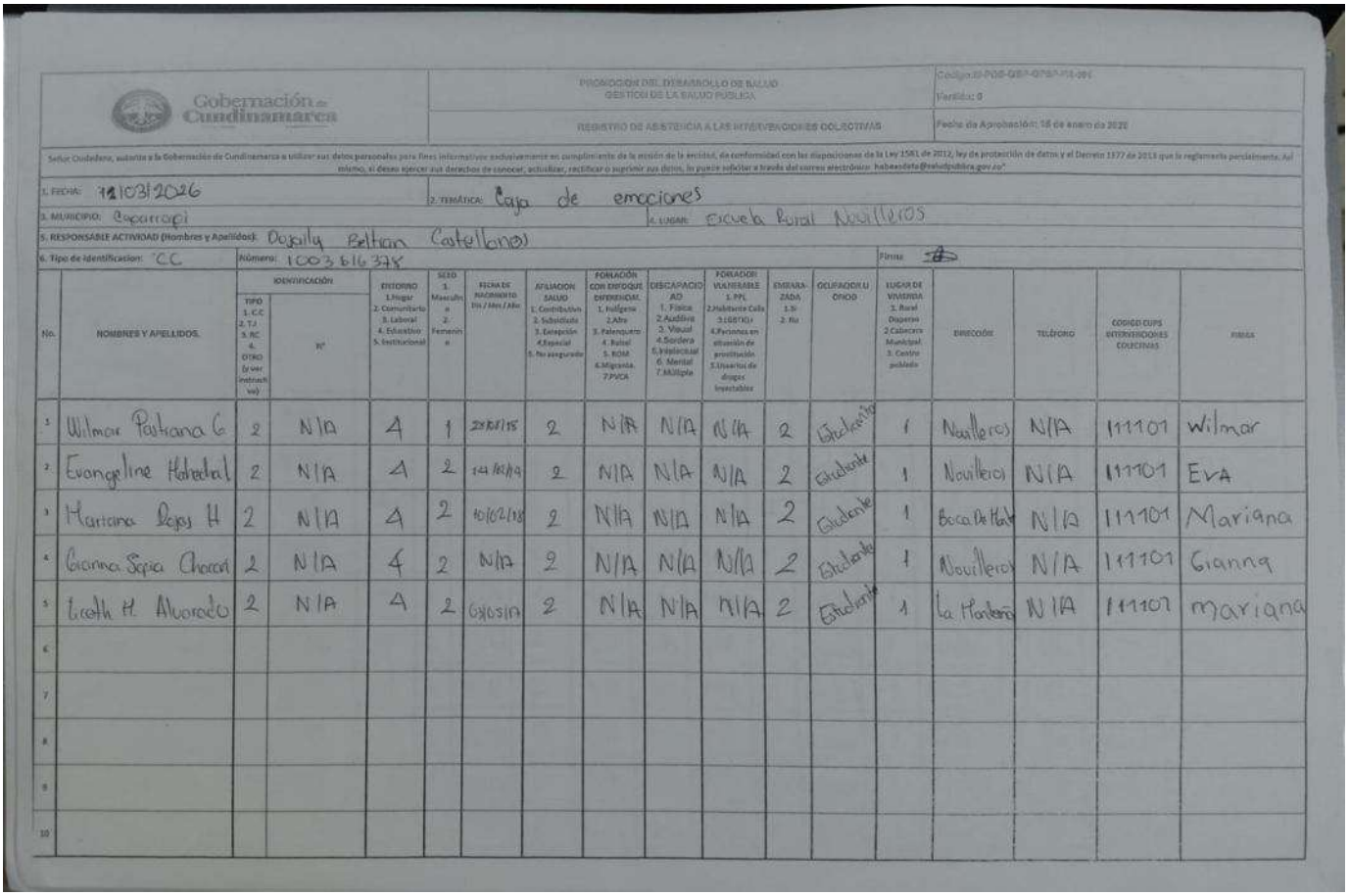
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 12/03/2026 2. TEMÁTICA: Caja de emociones
3. MUNICIPIO: Caparrapi 4. LUGAR: Escuela Rural Novilleros
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dayrila Beltran Castellanos
6. Tipo de Identificación: CC Número: 1003463378 Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN TIPO | IDENTIFICACIÓN Nº | ENTORNO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | AFILIACIÓN SALUD | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL | DISCAPACIDAD | POBLACIÓN VULNERABLE | EMBARAZADA | OCUPACIÓN U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Dilan Triana | 2 | NIA | 4 | 1 | NIA | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | NIA | 111101 | Dilan |
| 2 | Jhoser Triana | 2 | NIA | 4 | 1 | NIA | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | NIA | 111101 | Joser |
| 3 | Jorge Pastrana | 2 | NIA | 4 | 1 | NIA | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | NIA | 111101 | Jorge |
| 4 | Allison Rocio M | 2 | NIA | 4 | 2 | NIA | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | NIA | 111101 | Alin |
| 5 | Salome Pena S | 2 | NIA | 4 | 2 | NIA | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | NIA | 111101 | Salomé |
| 6 | Isabela Avila P | 2 | NIA | 4 | 2 | NIA | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | NIA | 111101 | Aya |
| 7 | Samantha Triana | 2 | NIA | 4 | 2 | NIA | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | NIA | 111101 | |
| 8 | Erick Vanegas | 2 | NIA | 4 | 1 | NIA | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | NIA | 111101 | |
| 9 | Alexis León | 2 | NIA | 4 | 1 | NIA | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | NIA | 111101 | |
| 10 | Jotietha Avila | 2 | NIA | 4 | 2 | NIA | 2 | NIA | NIA | NIA | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | NIA | 111101 | |

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



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Código: M-PDS-GSP-FR-029
Versión: 0

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 18 de enero de 2023

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

1. FECHA: 12/03/2026 — 2. TEMÁTICA: Caja de emociones

3. MUNICIPIO: Caparrapi — 4. LUGAR: Escuela Rural Novilleros

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dasilly Beltran Castellanos

6. Tipo de Identificación: CC — Número: 1003616378 — Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN: TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN: Nº | ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional | SEXO 1. Masculino 2. Femenino | FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año | AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante 7.PVCA | DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Vesionar 6. Mental 7.Múltiple | POBLACIÓN VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables | EMBARAZADA 1.Si 2. No | OCUPACIÓN U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Wilmar Pastrana G | 2 | N/A | 4 | 1 | 23/07/15 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111101 | Wilmar |
| 2 | Evangeline Hobedal | 2 | N/A | 4 | 2 | 14/06/9 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111101 | Eva |
| 3 | Mariana Lopez H | 2 | N/A | 4 | 2 | 10/02/18 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Boca de Monte | N/A | 111101 | Mariana |
| 4 | Gianna Sofia Chocon | 2 | N/A | 4 | 2 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Novilleros | N/A | 111101 | Gianna |
| 5 | Lizeth H. Alvarado | 2 | N/A | 4 | 2 | 6/05/14 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | La Manteca | N/A | 111101 | mariana |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC | |
|---|---|
| Municipio | Caparrapi |
| Lugar | Inspección Dindal |
| Fecha | 16/03/2026 |
| Tema | Feria de Servicios de Salud |
| Entorno | Comunitario |
| Objetivo | Identificar situaciones de salud u otras situaciones de riesgo, para orientar a las personas acerca de las rutas institucionales y mecanismos a seguir para acceder de manera efectiva a los servicios sociales y de salud. |
| RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): | Dujaily Beltran Castellanos |
| Número Documento de identidad del responsable de la actividad | 1003616378 |
| Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091. | |

**Desarrollo de la Actividad**

1. **Descripción de la población asistente**

La actividad se desarrolló con la participación de población general de la comunidad de la inspección Dindal, incluyendo personas de diferentes cursos de vida como niños, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Se trabajó en un entorno comunitario, logrando la asistencia de un número significativo de personas interesadas en acceder a los servicios ofertados. Se evidenció la participación de población con diferentes necesidades en salud, lo que permitió la identificación de situaciones de riesgo y la orientación oportuna.

## 2. Metodología de la actividad realizada

La actividad se desarrolló bajo una estrategia de feria de servicios, mediante la articulación de diferentes profesionales del área de la salud. Se dispusieron varios puntos de atención donde la comunidad podía acceder de manera libre a los servicios ofrecidos.

Se realizó orientación individual, identificación de necesidades en salud y direccionamiento a rutas institucionales, facilitando el acceso a los servicios y promoviendo la atención integral.

### 2.1 Actividad lúdica de inicio

Durante el inicio de la jornada, el trabajador social APS, en articulación con el equipo PIC, y la psicóloga APS, realizaron intervenciones dirigidas a la sensibilización y prevención en la comunidad. Estas intervenciones se desarrollaron mediante espacios de orientación y diálogo participativo, permitiendo abordar temáticas relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de riesgos y el fortalecimiento del bienestar individual y colectivo.

Este espacio permitió motivar a la comunidad a involucrarse en la feria de servicios de salud y a aprovechar los diferentes servicios ofertados.

### 2.2 Explicación del tema

Durante la jornada se brindó información clara y oportuna a la comunidad sobre la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como el acceso a los servicios disponibles dentro de la feria. Asi mismo se explicó el funcionamiento de cada uno de los servicios ofertados, incluyendo vacunación, atención por psicología, medicina general, valoración de agudeza visual y odontología, orientando a los asistentes sobre la importancia de hacer uso de estos espacios para el cuidado integral de su salud.

Asimismo, se realizó orientación frente a las rutas institucionales y los mecanismos de acceso a los servicios sociales y de salud, promoviendo la consulta oportuna y el seguimiento de las situaciones identificadas.

### 2.3 Descripción del material didáctico utilizado

Para el desarrollo de la actividad no se contó con material didáctico específico; sin embargo, el equipo APS realizó la coordinación y gestión de la jornada, organizando los diferentes puntos de atención con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios ofertados.

A través de la orientación directa y el acompañamiento a la comunidad, se brindó información clara y oportuna, facilitando la comprensión de los servicios disponibles y promoviendo el adecuado aprovechamiento de la feria de salud.

**2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.**

Durante la jornada, los asistentes manifestaron diversas inquietudes relacionadas con el acceso a los servicios de salud, asimismo, algunas personas expresaron dudas frente a los requisitos y procedimientos necesarios para acceder a las rutas institucionales, evidenciando la necesidad de continuar fortaleciendo los procesos de información y orientación en la comunidad.

De igual manera, se observó interés por parte de los participantes en recibir mayor acompañamiento y seguimiento a sus situaciones de salud, lo cual resalta la importancia de este tipo de espacios para acercar la oferta institucional a la población.

## 3. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

Se logró una adecuada participación de la comunidad en la feria de servicios de salud.

Se facilitaron espacios de atención integral mediante la articulación de diferentes profesionales.

Se identificaron diversas necesidades en salud, permitiendo la orientación y canalización de los casos.

Recomendaciones:

Continuar desarrollando este tipo de estrategias comunitarias que faciliten el acceso a los servicios de salud.

Fortalecer la difusión previa para aumentar la participación de la comunidad.

Realizar seguimiento a los casos identificados para garantizar la continuidad en la atención

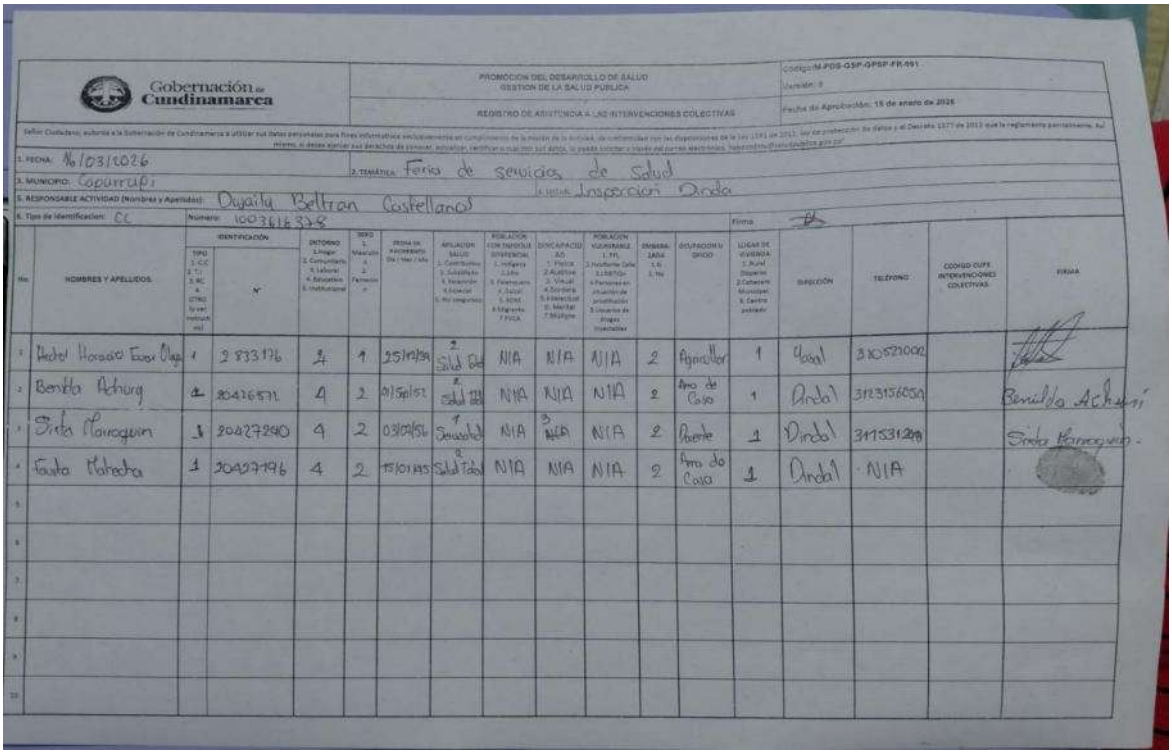
## 4. Registro fotográfico


16 mar 2026 8:53:32 a.m.
54° NE
Caparrapí
Cundinamarca
Altitud:391.9msnm
Velocidad:0.0km/h
Número de índice: 244
Puerto Vargas
El Dindal


16 mar 2026 8:53:13 a.m.
216° SW
Caparrapí
Cundinamarca
Altitud:392.6msnm
Velocidad:0.0km/h
Número de índice: 242
Puerto Vargas
El Dindal

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



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-051
Versión: 0
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2026

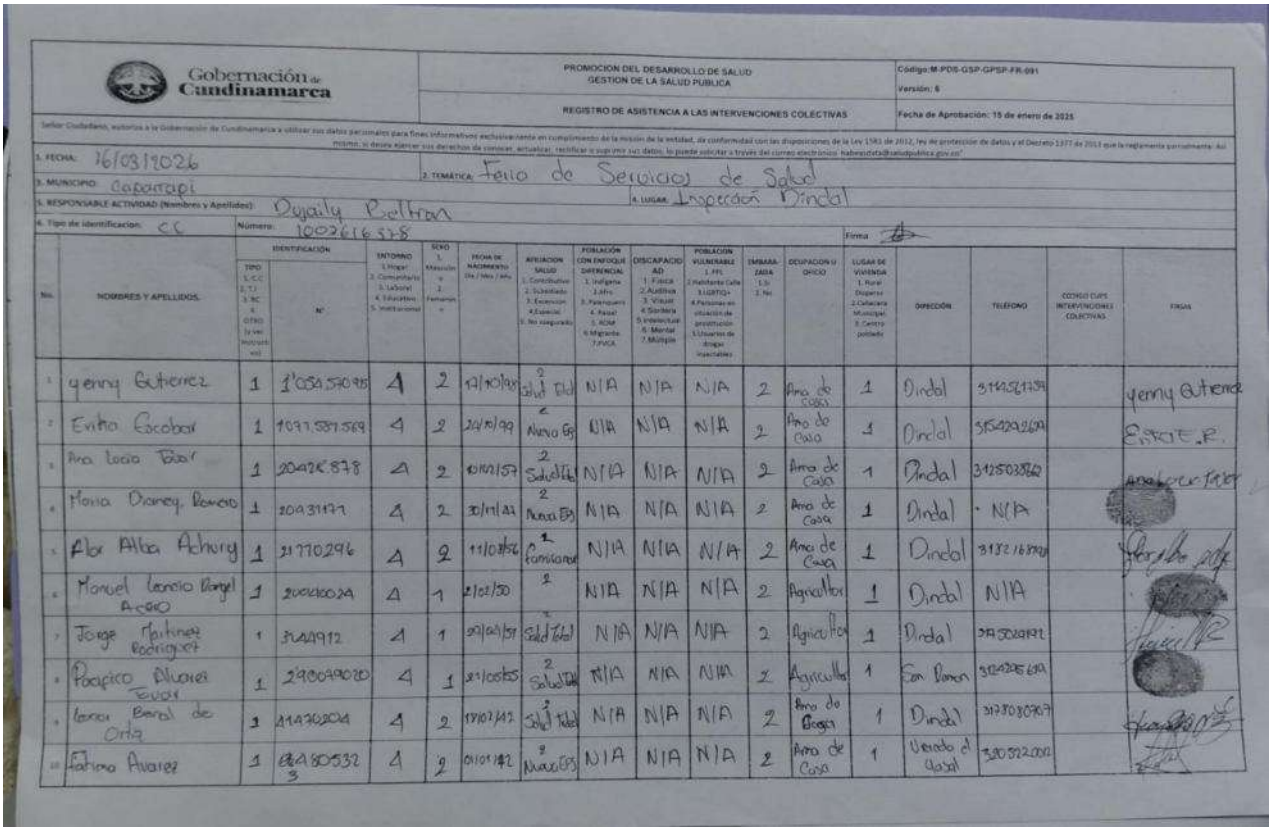
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informáticos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, el deseo ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o cual con sus datos, le pueda solicitar a través del portal electrónico habeasdata@cundinamarca.gov.co

1. FECHA: 16/03/2026
2. TEMÁTICA: Feria de servicios de Salud
3. MUNICIPIO: Caparrapí
4. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dayana Beltran Castellanos
5. Tipo de Identificación: CC — Número: 1003616338
Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN: TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. CTNG 5. Ver nombre otro) | IDENTIFICACIÓN: N° | ENTORNO (1.Hogar 2.Comunitario 3.Laboral 4.Educativo 5.Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO (Día / Mes / Año) | AFILIACIÓN SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Vinculado 4. Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Infancia 2. Niñez 3. Preescolar 4. Salud 5. Adulto 6.Migrante 7.PPL) | DISCAPACIDAD (1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple) | POBLACIÓN VULNERABLE (1. HTL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | ENFERMEDAD (1.Si 2. No) | OCUPACIÓN U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Dispersa 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Isabel Horacio Evaristo Olaya | 1 | 2 833176 | 4 | 1 | 25/11/39 | 2 Salud Total | NIA | NIA | NIA | 2 | Agricultor | 1 | Vasal | 3105210092 | | |
| 2 | Benilda Achury | 1 | 20426871 | 4 | 2 | 01/06/52 | 2 Salud Total | NIA | NIA | NIA | 2 | Ama de Casa | 1 | Dindal | 3123156059 | | Benilda Achury |
| 3 | Sixta Marroquin | 1 | 20427240 | 4 | 2 | 03/09/56 | 1 Subsidiado | NIA | 3 ALZA | NIA | 2 | Pueste | 1 | Dindal | 3175312[illegible] | | Sixta Marroquin |
| 4 | Fausta Moreno | 1 | 20427796 | 4 | 2 | 15/01/1955 | 2 Salud Total | NIA | NIA | NIA | 2 | Ama de Casa | 1 | Dindal | NIA | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

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

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 16/03/2026
2. TEMÁTICA: Feria de Servicios de Salud
3. MUNICIPIO: Caparapi
4. LUGAR: Inspección Dindal
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dyaily Beltran
6. Tipo de identificación: CC Número: 1002616938
Firma

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN TIPO | IDENTIFICACIÓN Nº | ENTORNO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año | AFILIACIÓN SALUD | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL | DISCAPACIDAD | POBLACIÓN VULNERABLE | EMBARAZADA | OCUPACIÓN U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CÓDIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | yenny Gutierrez | 1 | 1'054.530.935 | 4 | 2 | 12/10/98 | 2 Salud Total | N/A | N/A | N/A | 2 | Ama de casa | 1 | Dindal | 3142567139 | | yenny Gutierrez |
| 2 | Evitha Escobar | 1 | 1071.587.569 | 4 | 2 | 24/11/99 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Ama de casa | 1 | Dindal | 3542926071 | | Evitha E.R. |
| 3 | Ana Lucia Baez | 1 | 20426878 | 4 | 2 | 01/07/57 | 2 Salud Total | N/A | N/A | N/A | 2 | Ama de Casa | 1 | Dindal | 3125038260 | | |
| 4 | Maria Dianey Romero | 1 | 20931177 | 4 | 2 | 30/11/93 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Ama de Casa | 1 | Dindal | N/A | | |
| 5 | Abr Alba Achury | 1 | 21770296 | 4 | 2 | 11/08/56 | 1 famisanar | N/A | N/A | N/A | 2 | Ama de Casa | 1 | Dindal | 3182168908 | | |
| 6 | Manuel Leonio Rangel Acero | 1 | 2000002A | 4 | 1 | 2/02/50 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Agricultor | 1 | Dindal | N/A | | |
| 7 | Jorge Martinez Rodriguez | 1 | 3144912 | 4 | 1 | 29/03/57 | 2 Salud Total | N/A | N/A | N/A | 2 | Agricultor | 1 | Dindal | 3145024972 | | |
| 8 | Pacifico Alvarez Evar | 1 | 2900490200 | 4 | 1 | 21/08/55 | 2 Salud Total | N/A | N/A | N/A | 2 | Agricultor | 1 | San Ramon | 3042256 | | |
| 9 | Lucia Baral de Ortiz | 1 | 41430204 | 4 | 2 | 17/07/42 | 2 Salud Total | N/A | N/A | N/A | 2 | Ama de Casa | 1 | Dindal | 3137030909 | | |
| 10 | Fatima Alvarez | 1 | 52180532 3 | 4 | 2 | 01/01/82 | 2 Nueva EPS | N/A | N/A | N/A | 2 | Ama de Casa | 1 | Vereda el Hatal | 3205220002 | | |

| Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC | |
|---|---|
| Municipio | Caparrapi |
| Lugar | IED Santa Gemma de Galgani |
| Fecha | 05/03/2026 |
| Tema | Elige Aire, No Humo |
| Entorno | Educativo |
| Objetivo | Prevenir el inicio y reducir el uso de cigarrillos mediante estrategias educativas, de concienciación y participación activa |
| RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): | Dujaily Beltran Castellanos |
| Número Documento de identidad del responsable de la actividad | 1003616378 |
| Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091. | |

**Desarrollo de la Actividad**

1. **Descripción de la población asistente**

La actividad estuvo dirigida a padres de familia de la institución educativa**,** contando con la participación de 18 asistentes**,** quienes hacen parte del entorno familiar de niños, niñas y adolescentes de la comunidad educativa. La intervención se desarrolló en el marco de las acciones de promoción de la salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, con el propósito de fortalecer las capacidades de las familias como actores clave en la prevención temprana de conductas de riesgo.

Durante el espacio se promovió la participación activa de los padres, permitiendo el diálogo frente a las problemáticas actuales relacionadas con el consumo de cigarrillos y vapers en el contexto escolar.

## 2. Metodología de la actividad realizada

La actividad se desarrolló mediante una metodología participativa y educativa, orientada a fortalecer el conocimiento y la sensibilización de los padres frente a los riesgos asociados al consumo de cigarrillos en niños, niñas y adolescentes.

Se promovió el intercambio de experiencias y la reflexión colectiva, permitiendo que los participantes identificaran factores de riesgo, señales de alerta y estrategias de prevención desde el entorno familiar.

### 2.1 Actividad lúdica de inicio

Para iniciar la actividad se realizó un espacio de diálogo participativo en el que se plantearon preguntas orientadoras relacionadas con el conocimiento previo que tenían los padres sobre el consumo de cigarrillos y vapers y su presencia en el entorno escolar.

Esta dinámica permitió identificar percepciones, mitos y conocimientos previos frente al uso de estos dispositivos, facilitando la participación de los asistentes y generando un ambiente de confianza que favoreció el desarrollo de la actividad educativa.

### 2.2 Explicación del tema

Durante el desarrollo de la actividad se abordó el tema “Prevención del consumo de cigarrillos y cigarrillos electrónicos (vapers) en niños, niñas y adolescentes”, en el marco del objetivo de prevenir el inicio y reducir el uso de estos.
La intervención se unifico con el enfoque del cigarrillo electrónico ya que se dio de esta forma respuesta a una solicitud realizada por Comisaría, debido al incremento del consumo de vapeadores en diferentes instituciones educativas.
En este espacio se brindó información a los padres sobre:

- ¿Qué son los vapeadores y cigarrillos?
- ¿Cómo funcionan estos dispositivos??
- Sustancias que contienen y riesgos asociados a su consumo.
- Afectaciones en la salud respiratoria, neurológica y en el desarrollo de los adolescentes.
- Importancia del acompañamiento familiar en la prevención del consumo.

Adicionalmente, se permitió a los padres reconocer el dispositivo, con el fin de que puedan identificarlo fácilmente y prevenir su uso en los hogares ya que muchos desconocen la forma del mismo.

### 2.3 Descripción del material didáctico utilizado

Durante la actividad se utilizaron materiales educativos y de apoyo visual, los cuales facilitaron la comprensión de la información brindada. Se hizo uso de material informativo relacionado con los cigarrillos electrónicos y los cigarrillos manuales y sus efectos en la salud, permitiendo a los asistentes reconocer sus características físicas, funcionamiento y formas en las que pueden ser utilizados por los adolescentes.
El material empleado fue claro, sencillo y adaptado al público participante, favoreciendo la comprensión del tema y promoviendo la reflexión frente a los riesgos asociados a su consumo asi como los deberes que se tienen como padres frente a las inspecciones en los útiles que manejan sus hijos y demás acciones de cuidado referente a ellos

**2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.**

- ¿Los vapeadores contienen nicotina siempre o existen algunos sin nicotina?
- ¿Los vapeadores son más peligrosos que el cigarrillo tradicional?
- ¿Qué señales o cambios de comportamiento pueden alertar sobre su consumo en adolescentes?
- ¿Cómo son los vapeadores?
- ¿Los vapeadores generan adicción al igual que los cigarrillos tradicionales?

## 3. Conclusiones y recomendaciones

La actividad permitió fortalecer el conocimiento de los padres de familia frente a los riesgos asociados al consumo de cigarrillos y vapers en niños, niñas y adolescentes, generando espacios de sensibilización y reflexión sobre la importancia del acompañamiento familiar en la prevención de estas conductas.

Asimismo, los participantes lograron reconocer las características de los vapeadores y los cigarrillos, además de las afectaciones que pueden generar en la salud, lo cual contribuye a una mayor capacidad de identificación y prevención desde el entorno familiar.

## 4. Registro fotográfico

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

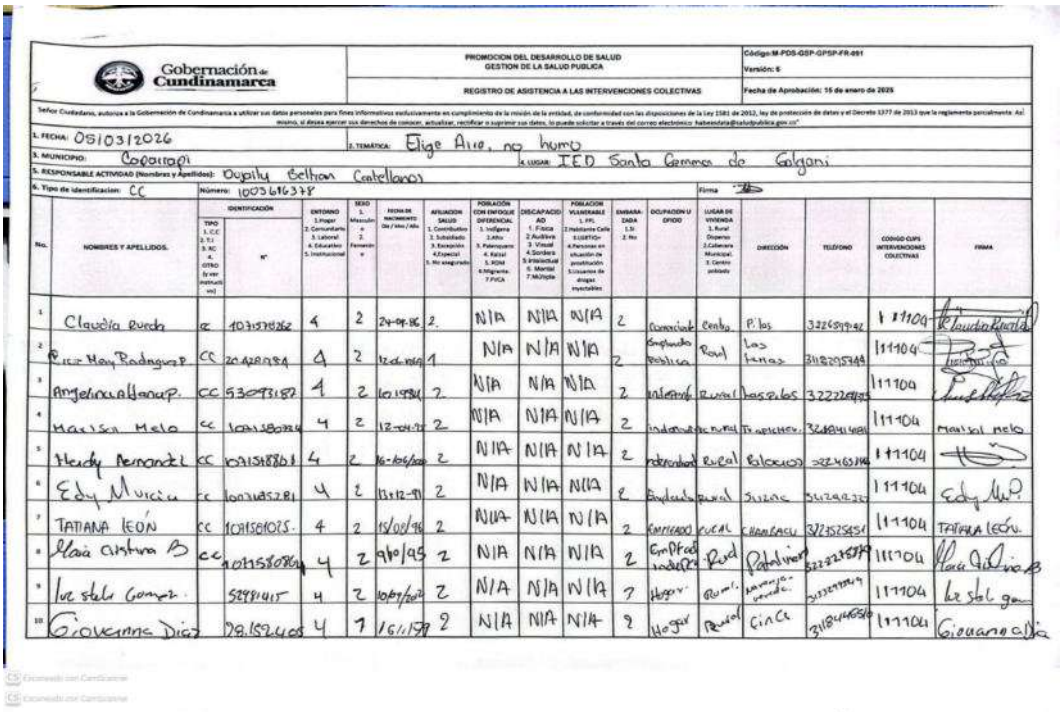








| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**<br>**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** | **Código: M-PDS-GSP-FR-029** |
| | | **Versión: 02** |
| | **Información de Actividades PIC** | **Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.** |

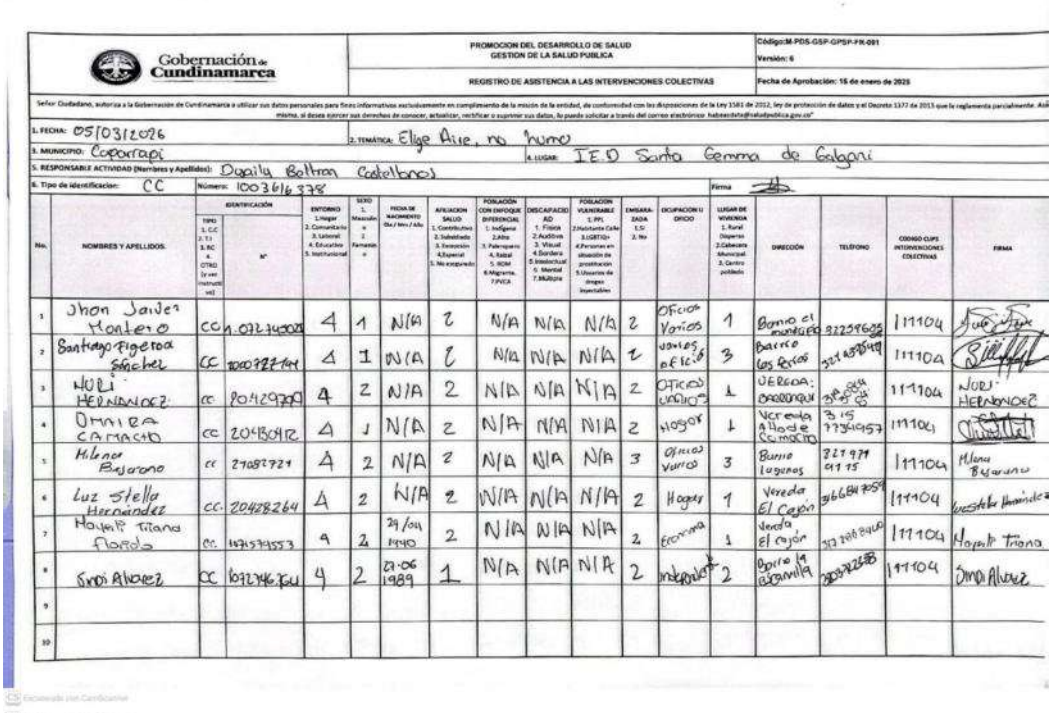


PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA
Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091
Versión: 6
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 05/03/2026 — 2. TEMÁTICA: Elige Aire, no humo
3. MUNICIPIO: Coperrapi — 4. LUGAR: IED Santa Gemma de Galgani
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dayily Beltran Castellanos
6. Tipo de identificacion: CC — Número: 1003696378 — Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN Nº | ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional | SEXO 1. Masculino 2. Femenino | FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año | AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA | DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple | POBLACIÓN VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables | EMBARAZADA 1.Si 2. No | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Claudia Rueda | C | 1071578262 | 4 | 2 | 24-09-86 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Comerciante | Centro | P. los | 3226819482 | 111104 | |
| 2 | Ricardo Hoy Rodriguez P | CC | 20.428.984 | 4 | 2 | 12-06-1969 | 1 | N/A | N/A | N/A | 2 | Empleado publico | Rural | Las Tunas | 3118295949 | 111104 | |
| 3 | Angelica Alfaro P. | CC | 53093187 | 1 | 2 | 10-1984 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | Rural | Hacienda | 3222249795 | 111104 | |
| 4 | Marisol Melo | CC | 1003180324 | 4 | 2 | 12-04-97 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente | Rural | Tu apechec | 3208941408 | 111104 | Marisol melo |
| 5 | Heidy Hernandez | CC | 1031588801 | 4 | 2 | 16-06-2000 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente | Rural | Bolivia | 3224651146 | 111104 | |
| 6 | Edy Muricio | CC | 1003185281 | 4 | 2 | 13-12-91 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Empleada | Rural | Suizas | 3142982320 | 111104 | Edy Mu? |
| 7 | TATIANA LEÓN | CC | 1031581015 | 4 | 2 | 15/08/96 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | EMPLEADO | RURAL | CHARALA CU | 3213525454 | 111104 | TATIANA LEÓN. |
| 8 | Maria Cristina B | CC | 1071558086 | 4 | 2 | 4/10/95 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Empleada | Rural | Patalivar | 3227215779 | 111104 | María Cristina B |
| 9 | Luz Stella Gomez | | 52981415 | 4 | 2 | 10/07/62 | 2 | N/A | N/A | N/A | 1 | Hogar | Rural | Lagunaja verde | 3132979649 | 111104 | Luz Stel go |
| 10 | Giovanna Diaz | | 28.152.405 | 4 | 1 | 16/1/1979 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | Rural | Cinca | 3118446514 | 111104 | Giovanna Diaz |



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

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

1. FECHA: 05/03/2026 — 2. TEMÁTICA: Elige Aire, no humo
3. MUNICIPIO: Coperrapi — 4. LUGAR: IED Santa Gemma de Galgani
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dayily Beltran Castellanos
6. Tipo de identificacion: CC — Número: 1003696378 — Firma:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN Nº | ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional | SEXO 1. Masculino 2. Femenino | FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año | AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA | DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple | POBLACIÓN VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables | EMBARAZADA 1.Si 2. No | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jhon Jaiver Montero | CC | 1.032.740.008 | 4 | 1 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Barrio el manantial | 3225796358 | 111104 | |
| 2 | Santiago Figueroa Sánchez | CC | 1000727704 | 4 | 1 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | varios oficios | 3 | Barrio los Rios | 3214385149 | 111104 | |
| 3 | NURI HERNANDEZ | CC | 40429770 | 4 | 2 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | OFICIOS VARIOS | 1 | VEREDA: CARRIZALES | 3144 | 111104 | NURI HERNANDEZ |
| 4 | OMAIRA CAMACHO | CC | 20485912 | 4 | 1 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | HOGAR | 1 | Vereda Alto de Cemento | 315 7734957 | 111104 | |
| 5 | Helmer Bayarano | CC | 27087721 | 4 | 2 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 3 | Oficios Varios | 3 | Barrio Lugenos | 321 979 01 75 | 111104 | Helmer Bayarano |
| 6 | Luz Stella Hernandez | CC | 20488264 | 4 | 2 | N/A | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Vereda El Cajon | 3668 | 111104 | |
| 7 | Hayelit Tiana Florido | CC | 1073579553 | 4 | 2 | 29/04/1990 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Economia | 1 | Vereda El cajon | 3217088400 | 111104 | Hayelit Tiana |
| 8 | Sindy Alvarez | CC | 1072746.764 | 4 | 2 | 23-06-1989 | 1 | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente | 2 | Barrio la Arganilla | 3208 | 111104 | Sindy Alvarez |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC | |
|---|---|
| Municipio | Caparrapi |
| Lugar | Inspección Dindal |
| Fecha | 27/02/2026 |
| Tema | Elige Aire, No Humo |
| Entorno | Educativo |
| Objetivo | Prevenir el inicio y reducir el uso de cigarrillos mediante estrategias educativas, de concienciación y participación activa |
| RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): | Dujaily Beltran Castellanos |
| Número Documento de identidad del responsable de la actividad | 1003616378 |
| Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091. | |

**Desarrollo de la Actividad**

1. **Descripción de la población asistente**

La actividad estuvo dirigida a padres de familia de la institución educativa**,** contando con la participación de 15 asistentes**,** quienes hacen parte del entorno familiar de niños, niñas y adolescentes de la comunidad educativa. La intervención se desarrolló en el marco de las acciones de promoción de la salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, con el propósito de fortalecer las capacidades de las familias como actores clave en la prevención temprana de conductas de riesgo.

Durante el espacio se promovió la participación activa de los padres, permitiendo el diálogo frente a las problemáticas actuales relacionadas con el consumo de cigarrillos y vapers en el contexto escolar.

## 2. Metodología de la actividad realizada

La actividad se desarrolló mediante una metodología participativa y educativa, orientada a fortalecer el conocimiento y la sensibilización de los padres frente a los riesgos asociados al consumo de cigarrillos en niños, niñas y adolescentes.

Se promovió el intercambio de experiencias y la reflexión colectiva, permitiendo que los participantes identificaran factores de riesgo, señales de alerta y estrategias de prevención desde el entorno familiar.

### 2.1 Actividad lúdica de inicio

Para iniciar la actividad se realizó un espacio de diálogo participativo en el que se plantearon preguntas orientadoras relacionadas con el conocimiento previo que tenían los padres sobre el consumo de cigarrillos y vapers y su presencia en el entorno escolar.

Esta dinámica permitió identificar percepciones, mitos y conocimientos previos frente al uso de estos dispositivos, facilitando la participación de los asistentes y generando un ambiente de confianza que favoreció el desarrollo de la actividad educativa.

### 2.2 Explicación del tema

Durante el desarrollo de la actividad se abordó el tema “Prevención del consumo de cigarrillos y cigarrillos electrónicos (vapers) en niños, niñas y adolescentes”, en el marco del objetivo de prevenir el inicio y reducir el uso de estos.
La intervención se unifico con el enfoque del cigarrillo electrónico ya que se dio de esta forma respuesta a una solicitud realizada por Comisaría, debido al incremento del consumo de vapeadores en diferentes instituciones educativas.
En este espacio se brindó información a los padres sobre:

- ¿Qué son los vapeadores y cigarrillos?
- ¿Cómo funcionan estos dispositivos??
- Sustancias que contienen y riesgos asociados a su consumo.
- Afectaciones en la salud respiratoria, neurológica y en el desarrollo de los adolescentes.
- Importancia del acompañamiento familiar en la prevención del consumo.

Adicionalmente, se permitió a los padres reconocer el dispositivo, con el fin de que puedan identificarlo fácilmente y prevenir su uso en los hogares ya que muchos desconocen la forma de este.

### 2.3 Descripción del material didáctico utilizado

Durante la actividad se utilizaron materiales educativos y de apoyo visual, los cuales facilitaron la comprensión de la información brindada. Se hizo uso de material informativo relacionado con los cigarrillos electrónicos y los cigarrillos manuales y sus efectos en la salud, permitiendo a los asistentes reconocer sus características físicas, funcionamiento y formas en las que pueden ser utilizados por los adolescentes.
El material empleado fue claro, sencillo y adaptado al público participante, favoreciendo la comprensión del tema y promoviendo la reflexión frente a los riesgos asociados a su consumo asi como los deberes que se tienen como padres frente a las inspecciones en los útiles que manejan sus hijos y demás acciones de cuidado referente a ellos

**2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.**

- ¿Los vapeadores contienen nicotina o que otros adictivos?
- ¿Los vapeadores son más peligrosos que el cigarrillo tradicional?
- ¿Cómo son los vapeadores?
- ¿Los vapeadores generan adicción al igual que los cigarrillos tradicionales?
- ¿Los cigarrillos son igual de dañinos si se consumen ocasionalmente?

## 3. Conclusiones y recomendaciones

El espacio educativo permitió aclarar mitos y ampliar el conocimiento de los padres frente a las afectaciones que generan estos dispositivos en la salud, promoviendo una mayor conciencia sobre la importancia de la prevención temprana del consumo. El desarrollo de este tipo de actividades contribuye al fortalecimiento del trabajo articulado entre el sector salud, la familia y la institución educativa, promoviendo entornos protectores para el bienestar de los niños, niñas y adolescentes.

## 4. Registro fotográfico

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









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

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

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

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 27/02/2026 — 2. TEMÁTICA: Elige Aire, No Humo
3. MUNICIPIO: Caparapi — 4. LUGAR: Inspección Dindal
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dayana Beltran Castellanos
6. Tipo de Identificación: CC — Número: 1003.616.37 — Firma

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional | SEXO 1. Masculino 2. Femenino | FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año | AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA | DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple | POBLACIÓN VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables | EMBARAZADA 1.Si 2. No | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Lucia Sanchez C. | 1 | 21.237.093 | 1 | 2 | 22/05/82 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Dindal | 312510 [illegible] | 111104 | LS |
| 2 | Elvia Marina Sanchez C | 1 | 20.931.790 | 1 | 2 | 12/11/64 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Dindal | 3154819302 | 111104 | Elvia MSC |
| 3 | Alfredo Vera | 1 | 2008409 | 1 | 1 | 9/02/59 | 2 | N/A | N/A | N/A | N/A | Agricultor | 1 | Dindal | 3153500330 | 111104 | |
| 4 | Paola Andrea R. | 1 | 1.072.250.426 | 1 | 2 | 20/08/94 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Dindal | 3154824959 | 111104 | Paola Ramirez |
| 5 | Maria Alejandra Murcia | 1 | 1.071.580.714 | 1 | 2 | 27/01/93 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Oficios Varios | 1 | Dindal | 3134973659 | 111104 | Maria Murcia |
| 6 | Valery Samay Gutierrez | 2 | 1071.387.209 | 1 | 2 | 25/07/2005 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Inspección Dindal | 3134973658 | 111104 | Maria Murcia |
| 7 | Ana Sofia Gutierrez | 2 | 1071580035 | 1 | 2 | 6/11/12 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Inspección Dindal | 3134973657 | 111104 | Maria Murcia |
| 8 | Maylen Zoe Barragan | 2 | 1.071.387.198 | 1 | 2 | 23/01/08 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Hogar | 1 | Dindal | 3134973657 | 111104 | Maria Murcia |
| 9 | Harold Bonvel D. | 2 | 1072581249 | 1 | 1 | 11/10/2005 | 2 | N/A | N/A | N/A | N/A | Estudiante | 1 | Dindal | 3201817107 | 111104 | Harold Murcia |
| 10 | Ethan K. Gutierrez | 3 | 1.030.708.932 | 1 | 1 | 20/11/19 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Estudiante | 1 | Dindal | 3154242659 | 111104 | Erika Escobar |

Escaneado con CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

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

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 27/02/2026 — 2. TEMÁTICA: Elige Aire, No Humo
3. MUNICIPIO: Caparapi — 4. LUGAR: Inspección Dindal
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Dayana Beltran Castellanos
6. Tipo de Identificación: CC — Número: 1003616378 — Firma

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS. | IDENTIFICACIÓN TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)) | IDENTIFICACIÓN N° | ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional | SEXO 1. Masculino 2. Femenino | FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año | AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA | DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple | POBLACIÓN VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables | EMBARAZADA 1.Si 2. No | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Dayanira Malhecha C. | 1 | 20.928038 | 1 | 2 | 11/04/62 | 1 | N/A | N/A | N/A | N/A | Independiente | 1 | Dindal | 3157330563 | 111104 | Dayanira M. |
| 2 | Claudia Marcela R | 1 | 1045.676550 | 1 | 2 | 3/11/96 | 1 | N/A | N/A | N/A | 2 | Ama de C | 1 | Dindal | 3135793585 | 111104 | Marcela Ramos |
| 3 | Magda Lorena Gaona | 1 | 52208966 | 1 | 2 | 07/09/75 | 2 | N/A | N/A | N/A | 2 | Independiente Hogar | 1 | Dindal | 3153285495 | 111104 | Magda Lorena |
| 4 | Harold Stiven Romero | 1 | 1072245499 | 1 | 2 | 08/01/06 | 1 | N/A | N/A | N/A | N/A | Estudiante | 1 | Dindal | 3207079414 | 111104 | Harold |
| 5 | Javier Alvarez | 1 | 93162763 | 1 | 1 | 29/01/57 | 2 | N/A | N/A | N/A | N/A | Oficios Varios | 1 | Dindal | 3159852294 | 111104 | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

| Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC | |
|---|---|
| Municipio | Caparrapi |
| Lugar | IED Novilleros |
| Fecha | 12/03/2026 |
| Tema | Reconocer e identificar los signos y síntomas de intoxicaciones po consumo de sustancias psicoactivas. |
| Entorno | Educativo |
| Objetivo | Fortalecer las capacidades del personal docente para la identificación, orientación, manejo inicial y prevención de intoxicaciones por sustancias psicoactivas en el entorno escolar, de acuerdo con el protocolo establecido por las autoridades de salud. |
| RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): | Dujaily Beltran Castellanos |
| Número Documento de identidad del responsable de la actividad | 1003616378 |
| Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091. | |

**Desarrollo de la Actividad**

1. **Descripción de la población asistente**

La actividad estuvo dirigida al personal docente de la institución educativa, quienes participaron activamente en el espacio formativo orientado al fortalecimiento de capacidades para la identificación y manejo inicial de posibles casos de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas en el entorno escolar.

Los docentes participantes demostraron ser una población altamente comprometida con el bienestar de los estudiantes, evidenciando conocimiento previo frente a las acciones de cuidado, prevención y rutas de atención ante situaciones que puedan afectar la salud de niños, niñas y adolescentes. Durante el desarrollo de la actividad se destacó su actitud participativa, disposición para el aprendizaje y constante interacción, lo que favoreció el desarrollo del espacio educativo.

## 2. Metodología de la actividad realizada

La actividad fue planteada inicialmente como un espacio formativo dirigido al personal docente, orientado al fortalecimiento de conocimientos para la identificación de signos y síntomas de intoxicaciones por consumo de sustancias psicoactivas en el entorno escolar, así como las acciones de orientación y manejo inicial de estas situaciones.

No obstante, debido a dificultades en la disponibilidad de tiempo dentro de la jornada académica, no fue posible realizar el encuentro de manera presencial con los docentes en el momento previsto. En respuesta a esta situación, se implementó una estrategia pedagógica alternativa mediante el uso de un video informativo, diseñado con el fin de garantizar el desarrollo de la actividad educativa y el cumplimiento del objetivo propuesto.

El material audiovisual fue estructurado de manera clara y didáctica, abordando aspectos relacionados con la identificación de signos y síntomas de posibles intoxicaciones por sustancias psicoactivas, la importancia de la detección temprana y las acciones iniciales que deben realizarse en el entorno escolar de acuerdo con los protocolos establecidos por las autoridades de salud.

Esta estrategia permitió brindar información relevante y accesible al personal docente, facilitando el fortalecimiento de conocimientos y promoviendo la sensibilización frente a la importancia de la prevención y la atención oportuna de estas situaciones en la comunidad educativa.

### 2.1 Actividad lúdica de inicio

Como parte de la estrategia educativa, dentro del video informativo se incluyó una actividad de reflexión inicial en la que se presentaron preguntas orientadoras relacionadas con posibles situaciones que podrían presentarse en el entorno escolar frente al consumo de sustancias psicoactivas. Esta dinámica tuvo como finalidad motivar a los docentes a pensar en sus conocimientos previos y en las acciones que podrían implementar ante la presencia de signos o síntomas de una posible intoxicación en estudiantes. A partir de estas situaciones se promovió el análisis de la importancia de la identificación temprana, la orientación adecuada y la activación de las rutas de atención en salud.

La actividad permitió contextualizar el tema y preparar a los docentes para la comprensión del contenido desarrollado posteriormente en el material audiovisual

### 2.2 Explicación del tema

A través del recurso pedagógico, como lo fue el video informativo, en el cual se presentaron situaciones hipotéticas relacionadas con posibles casos de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas en el entorno escolar.

De forma que por medio de estos ejemplos se invitó a los docentes a reflexionar sobre cómo actuarían frente a determinadas situaciones que podrían presentarse con estudiantes, promoviendo el análisis de los signos y síntomas que podrían indicar una posible intoxicación.

Esta estrategia permitió generar un espacio de reflexión y aprendizaje, orientado a fortalecer la capacidad del personal docente para identificar señales de alerta, tomar decisiones oportunas y activar las rutas de atención correspondientes, de acuerdo con los protocolos establecidos por las autoridades de salud.

**2.3 Descripción del material didáctico utilizado**

Para el desarrollo de la actividad se diseñó y utilizó un video informativo como herramienta pedagógica, con el fin de socializar de manera clara y didáctica la información relacionada con el reconocimiento e identificación de signos y síntomas de intoxicaciones por consumo de sustancias psicoactivas en el entorno escolar.

El material audiovisual fue elaborado con un lenguaje claro y accesible, permitiendo abordar de forma organizada aspectos relacionados con la identificación de señales de alerta en estudiantes, las manifestaciones físicas y comportamentales asociadas a posibles intoxicaciones y las acciones iniciales que deben realizar los docentes ante este tipo de situaciones.

Asimismo, el video incluyó orientaciones sobre la importancia de la detección temprana, el manejo inicial y la activación de las rutas de atención en salud, de acuerdo con los protocolos establecidos por las autoridades competentes. Este recurso educativo permitió facilitar la comprensión del tema y fortalecer los conocimientos del personal docente frente a la prevención y atención oportuna de estas situaciones.

**2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.**

- ¿Cuáles son los signos más comunes que pueden indicar una posible intoxicación por sustancias psicoactivas en estudiantes?
- ¿Qué acciones iniciales debe realizar un docente si identifica a un estudiante con síntomas de posible intoxicación?
- ¿Cómo diferenciar los síntomas de una intoxicación por sustancias psicoactivas de otras afecciones de salud que puedan presentar los estudiantes?
- ¿Cuál es la ruta de atención que debe activarse dentro de la institución educativa ante una situación de este tipo?

- ¿Qué medidas preventivas pueden implementarse desde el entorno escolar para reducir el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes?

**3. Conclusiones y recomendaciones**

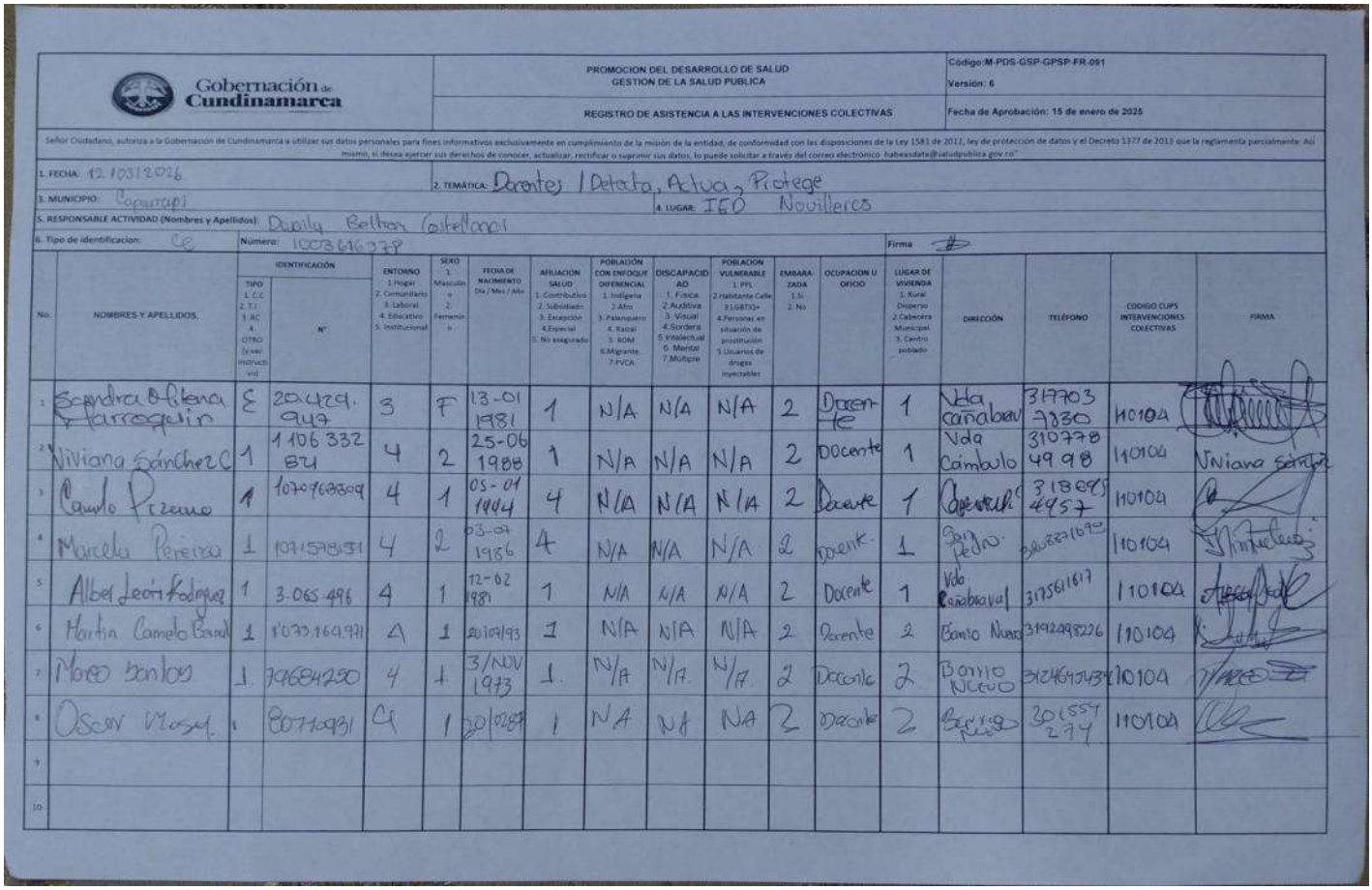
El desarrollo de esta estrategia educativa permitió fortalecer los conocimientos del personal docente frente a la identificación de signos y síntomas de posibles intoxicaciones por consumo de sustancias psicoactivas, así como las acciones iniciales que deben implementarse en el entorno escolar para garantizar una atención oportuna.

A pesar de no haberse realizado la actividad de manera presencial, la implementación del video informativo como herramienta pedagógica permitió garantizar la socialización del contenido y el cumplimiento del objetivo planteado, facilitando el acceso a información relevante para el personal docente.

**4. Registro fotográfico**



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



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091
Versión: 6
Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 12/03/2026 — 2. TEMÁTICA: Docentes / Detecta, Actua, Protege
3. MUNICIPIO: Caparapi — 4. LUGAR: IED Novilleros
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Daniela Beltran Castellanos
6. Tipo de identificacion: CC — Numero: 1003616378 — Firma: #

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN: TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (a cual)) | IDENTIFICACIÓN: N° | ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional) | SEXO (1. Masculino 2. Femenino) | FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año | AFILIACIÓN SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado) | POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indigena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante 7.PVCA) | DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Multiple) | POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables) | EMBARAZADA (1.Si 2. No) | OCUPACION U OFICIO | LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado) | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sandra Milena Arrogain | C | 20.429.947 | 3 | F | 13-01 1981 | 1 | N/A | N/A | N/A | 2 | Docente | 1 | Vda Cañabrava | 317703 7830 | 110104 | |
| 2 | Viviana Sánchez C | 1 | 1 106 332 824 | 4 | 2 | 25-06 1988 | 1 | N/A | N/A | N/A | 2 | Docente | 1 | Vda Cámbulo | 310778 4998 | 110104 | Viviana Sánchez |
| 3 | Camilo Pizano | 1 | 1070963809 | 4 | 1 | 05-01 1994 | 4 | N/A | N/A | N/A | 2 | Docente | 1 | Caparapi | 318895 4957 | 110104 | |
| 4 | Marcela Pereira | 1 | 1071578131 | 4 | 2 | 03-07 1986 | 4 | N/A | N/A | N/A | 2 | Docente | 1 | San Pedro | 3202271695 | 110104 | |
| 5 | Albeiro Leon Rodriguez | 1 | 3.065.496 | 4 | 1 | 12-02 1981 | 1 | N/A | N/A | N/A | 2 | Docente | 1 | Vda Cañabraval | 3173611617 | 110104 | |
| 6 | Martin Camelo Bernal | 1 | 1.073.164.971 | 4 | 1 | 20/04/93 | 1 | N/A | N/A | N/A | 2 | Docente | 2 | Barrio Nuevo | 3142498226 | 110104 | |
| 7 | Mateo Santos | 1 | 74684250 | 4 | 1 | 3/NOV 1973 | 1 | N/A | N/A | N/A | 2 | Docente | 2 | Barrio Nuevo | 3124693434 | 10104 | |
| 8 | Oscar Mosq | 1 | 80771931 | 4 | 1 | 20/02/87 | 1 | NA | NA | NA | 2 | Docente | 2 | Barrio Nuevo | 301 557 274 | 110104 | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC | |
|---|---|
| Municipio | CAPARRAPI |
| Lugar | Barranquillas<br>El cajón<br>Suzne<br>Córdoba<br>Boca de Monte lajas<br>Cuatro Caminos<br>Dindal |
| Fecha | MES DE 19 FBRERO-15 MARZO |
| Tema | Informe cuali-cuantitativo de actividades APS |
| Entorno | comunitario |
| Objetivo | Elaborar y presentar un informe cuali-cuantitativo consolidado de las actividades realizadas durante el periodo de concurrencia departamental. |
| RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): | María Magalli Linares Bravo |
| Número Documento de identidad del responsable de la actividad | 20.430.287 |
| Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091. | |

**OBGETIVO GENERAL:**

Elaborar y presentar un informe cuali-cuantitativo consolidado de las actividades realizadas durante el periodo de concurrencia departamental.

## Introducción:

El presente informe tuvo como propósito recopilar y consolidar la información de las actividades que se llevaron a cabo en los entornos comunitario, hogar, educativo y corresponsal de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el municipio de Caparrapí, durante el período de ejecución del mes de febrero.

En el entorno hogar se trabajó específicamente en los micro territorios Barranquillas, el cajón, Suzne, Córdoba, Boca de Monte lajas, Cuatro Caminos, Dindal mientras que los demás perfiles intervinieron de manera transversal en todo el municipio, lo que permitió abarcar tanto la zona urbana como las veredas priorizadas.

Para el desarrollo de la estrategia se contó con cuatro auxiliares de enfermería en el entorno hogar, una psicóloga en el entorno educativo, una psicología del entorno comunitario enfocado en promoción y prevención de la enfermedad y un corresponsal en salud, quienes realizaron actividades en espacios conjuntos e individuales y sostuvieron reuniones con diferentes entes municipales, aunque en algunas ocasiones no fue posible concretar todos los encuentros programados.

### Descripción de la población asistente

Para el desarrollo de las canalizaciones se utiliza como eje central la caracterización familiar realizada por las auxiliares de enfermería del entorno hogar mediante visitas domiciliarias. En cada hogar se aplicó la ficha de caracterización familiar o seguimiento, lo que permitió identificar condiciones sociodemográficas, antecedentes de salud, factores de riesgo y barreras de acceso, así como necesidades específicas en vacunación, control de enfermedades crónicas, salud oral, gestación y salud infantil; a partir de estos hallazgos se generaron canales dirigidos a los servicios y profesionales competentes, buscando una atención rápida, oportuna e integral.

De forma complementaria se desarrolló una metodología de abordaje territorial liderada por la corresponsal de salud quien realizó seguimiento a los trámites, coordinó con el equipo APS y con otras instituciones, e intentó superar barreras relacionadas con aseguramiento, autorizaciones y adherencia al tratamiento, lo que convirtió esta estrategia en un componente clave para la efectividad de las canalizaciones.

A esta dinámica se sumó una tercera vía de notificación proveniente de los entes territoriales del municipio, entre ellos Sisbén, Comisaría de Familia, Oficina de Salud Pública e IPS, centro de Salud, que remitieron casos priorizados por ausencia de afiliación al SGSSS, situaciones de riesgo social y gestantes de alto riesgo sin controles prenatales. A partir de estas notificaciones se organizaron visitas conjuntas y gestiones interinstitucionales, lo que facilitó el acceso a la atención, fortaleció la respuesta comunitaria y contribuyó a la mejora de los estilos de vida de las personas canalizadas.

La metodología se complementó con el monitoreo e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, a través de valoraciones generales y seguimientos que garantizaron la ubicación de cada persona en la ruta correspondiente a su curso de vida y condición de riesgo. Finalmente, se realizó búsqueda activa de personas con riesgo de alta y mediana complejidad, apoyada en el uso de la plataforma Survey como repositorio de las canalizaciones realizadas en los hogares, lo que permitió sistematizar la información, hacer seguimiento a los casos y disponer de un insumo técnico para la toma de decisiones en el municipio.

## 1. Metodología de la actividad realizada

Para el desarrollo de las canalizaciones se utiliza como eje central la caracterización familiar realizada por las auxiliares de enfermería del entorno hogar mediante visitas domiciliarias. En cada hogar se aplicó la ficha de caracterización familiar o seguimiento, lo que permitió identificar condiciones sociodemográficas, antecedentes de salud, factores de riesgo y barreras de acceso, así como necesidades específicas en vacunación, control de enfermedades crónicas, gestación y salud infantil; a partir de estos hallazgos se generaron canales dirigidos a los servicios y profesionales competentes, buscando una atención rápida, oportuna e integral.

De forma complementaria se desarrolló una metodología de abordaje territorial liderada por la corresponsal de salud quien realizó seguimiento a los trámites, coordinó con el equipo APS y con otras instituciones, e intentó superar barreras relacionadas con aseguramiento, autorizaciones y adherencia al tratamiento, lo que convirtió esta estrategia en un componente clave para la efectividad de las canalizaciones.

A esta dinámica se sumó una tercera vía de notificación proveniente de los entes territoriales del municipio, entre ellos Sisbén, Comisaría de Familia, Oficina de Salud Pública e IPS, centro de salud, que remitieron casos priorizados por ausencia de afiliación al SGSSS, violencia o riesgo social y gestantes de alto riesgo sin controles prenatales. A partir de estas notificaciones se organizaron visitas conjuntas y gestiones interinstitucionales, lo que facilitó el acceso a la atención, fortaleció la respuesta comunitaria y contribuyó a la mejora de los estilos de vida de las personas canalizadas.

La metodología se complementó con el monitoreo e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, a través de valoraciones generales y seguimientos que garantizaron la ubicación de cada persona en la ruta correspondiente a su curso de vida y condición de riesgo. Finalmente, se realizó búsqueda activa de personas con riesgo de alta y mediana complejidad, apoyada en el uso de la plataforma Survey como repositorio de las canalizaciones realizadas en los hogares, lo que permitió sistematizar la información, hacer

seguimiento a los casos y disponer de un insumo técnico para la toma de decisiones en el municipio.

### 2,1. Actividad lúdica de inicio

Al inicio de la ejecución de las actividades en los diferentes entornos se desarrollaron actividades lúdicas introductorias, orientadas a presentar la estrategia de Atención Primaria en Salud, sus objetivos y beneficios, ya generar un ambiente de confianza con la comunidad. En estos espacios se utilizaron dinámicas grupales, juegos, ejercicios participativos y conversaciones guiadas que facilitaron la participación activa de niños, jóvenes, personas adultas y cuidadores, permitiendo recoger sus percepciones e inquietudes frente a la situación de salud del municipio.

Cada profesional adaptó la actividad lúdica al contexto de su entorno: los auxiliares del hogar aprovecharon las visitas domiciliarias para realizar explicaciones sencillas y cercanas a las familias; la corresponsal utilizó encuentros comunitarios para socializar la ruta de canalización y los apoyos disponibles; y en el entorno educativo y comunitario se llevaron a cabo jornadas con juegos, ejercicios de integración y diálogo, que fortalecieron la apropiación de la estrategia APS y facilitaron la identificación temprana de casos que requerían canalización.

### 2.2 Explicación del tema

Levantamiento de diagnóstico territorial

**Descripción de la actividad:** Se realizó el reconocimiento inicial del territorio con la administración municipal y las diferentes oficinas que abarcan el sector social, incluyendo la identificación de la red de servicios, oferta institucional y comunitaria, actores estratégicos, organizaciones sociales, líderes en las veredas y casco urbano.

**Logros:**

- Se identificaron actores clave y recursos institucionales que fortalecen la planeación territorial.
- Se consolidó información base para orientar las acciones de APS y salud pública.

**Dificultades:**

- El corto tiempo de ejecución contractual limitó un levantamiento más amplio en todas las veredas.

**Propuestas de mejora:**

- Planificar este proceso al inicio de la vigencia para garantizar mayor cobertura.
- Fortalecer el trabajo articulado con líderes y JAC para ampliar el acceso a la información territorial.

**Prevención del consumo de SPA:**

**Descripción de la actividad:** Espacio educativo con enfoque preventivo dirigido a jóvenes, familias o líderes comunitarios.

**Población beneficiaria:** Comunidad urbana

**Número de asistentes:** 16personas

**Logros:**

- Se brindó información clara sobre riesgos y alternativas protectoras frente al consumo.
- Se generaron compromisos comunitarios de corresponsabilidad.

**Dificultades:**

- Dificultad para convocar jóvenes y población escolar debido a de actividades académicas.

**Propuestas de mejora:**

- Realizar las actividades en articulación con instituciones educativas durante el calendario escolar.

**<u>Prevención de ECNT</u>**

- **Descripción de la actividad:** Jornada educativa orientada a hábitos saludables, alimentación, autocuidado y actividad física.

**Logros:**

- Se promovieron prácticas de autocuidado relacionadas con alimentación,

actividad física y descanso.
- Buena receptividad en espacios comunitarios pequeños.

**Dificultades:**

- Baja asistencia debido a las ocupaciones de la población

**Propuestas de mejora**

- Integrar los talleres a jornadas de salud o visitas casa a casa para mejorar la participación.

**Identificación y caracterización de población priorizada**

**Descripción:** En articulación con la comisaría de familia, se realiza la caracterización de mujeres, familias o personas en riesgo o situación de violencia, con enfoque preventivo y de protección.
**Población:** comisaria de familia

**Número de personas:** 2 funcionarias

**Logros:**

- Se reconocieron casos y situaciones que requieren acompañamiento institucional.

**Dificultades:**

- Dificultad para acceder a grupos de mujer y género ya finalizados.

**Propuestas de mejora:**

- Fortalecer la articulación con comisaría, enlace de víctimas y líderes veredales.

**Capacitación en rutas de atención, derechos y mecanismos de protección**

***Descripción:*** Espacio pedagógico orientado a fortalecer el conocimiento comunitario sobre rutas y mecanismos institucionales.
**Población beneficiaria:** Comunidad rural **Número de participantes:** 10 personas **Logros:**

- Se brindó información clara y pertinente sobre protección y rutas de atención.
- Se imprimen y dejan rutas de atención para socialización puntos clave de las veredas visitadas.

**Dificultades:**

- Limitaciones en convocatoria por cierre de procesos sociales comunitarios.

**Propuestas de mejora:**

- Desarrollar más capacitaciones en jornadas móviles y visitas domiciliarias.

**Entorno Hogar**

**Descripción:**

Se realizaron caracterizaciones efectivas mediante la aplicación de la Ficha de Caracterización (Survey 123) durante visitas domiciliarias familiares en los micro territorios, Barranquillas, El cajón, Suzne, Córdoba, Boca de Monte lajas, Cuatro Caminos, Dindal. La actividad permitió identificar riesgos sociales, ambientales y de salud presentes en los hogares, brindando orientación personalizada a cada familia y efectuando las canalizaciones pertinentes hacia los servicios o instituciones de apoyo cuando fue necesario. Este proceso favoreció la detección temprana de necesidades y el fortalecimiento de acciones de promoción y prevención en el territorio.

**Población atendida:**

Durante el recorrido territorial se visitaron **131 familias – 218 personas** pertenecientes a los micro territorios, Barranquillas, El cajón, Suzne, Córdoba, Boca de Monte lajas, Cuatro Caminos, Dindal, logrando una caracterización integral de su entorno y condiciones de vida. La población atendida incluyó niños, adolescentes, adultos, gestantes y adultos mayores, permitiendo una visión amplia de los riesgos y factores protectores presentes en cada núcleo familiar.

**Canalizaciones realizadas:**

A partir de los hallazgos identificados, se realizaron 53 canalizaciones efectivas dirigidas a servicios de salud, programas sociales y apoyo institucional. Estas canalizaciones respondieron a necesidades como: controles médicos pendientes, seguimiento a gestantes, actualización del esquema de vacunación, apoyo psicosocial, asesoría en programas sociales y orientación frente a barreras de acceso a servicios básicos.

**Logros**

- Identificación oportuna de riesgos sociales, ambientales y de salud en las familias visitadas.

- Uso eficiente de las herramientas de caracterización Survey 123, lo que permitió registrar información precisa y estandarizada.
- Fortalecimiento del vínculo con la comunidad a través de la orientación brindada durante las visitas.
- Canalizaciones efectivas que facilitaron el acceso de la población a servicios de salud y apoyo social.
- Mayor claridad sobre las necesidades priorizadas de los micro territorios Barranquillas, El cajón, Suzne, Córdoba, Boca de Monte lajas, Cuatro Caminos, Dindal

**Dificultades:**

- Limitaciones en la cobertura de servicios y tiempos de respuesta de algunas instituciones receptoras de canalizaciones.
- Barreras geográficas propias de los micro territorios que dificultaron el desplazamiento y acceso a ciertos hogares.

**Propuesta de mejora**

- Continuar con procesos de sensibilización comunitaria para fortalecer la confianza y participación en las visitas domiciliarias.
- Establecer un canal de comunicación más directo y oportuno con las entidades responsables de recibir las canalizaciones, con el fin de garantizar un seguimiento más rápido y efectivo.
- Implementar estrategias de microterritorialización que permitan optimizar rutas y tiempos de recorrido.
- Gestionar apoyo interinstitucional para mejorar la respuesta frente a riesgos sociales y ambientales identificados en el territorio.
- Realizar acompañamiento continuo a las familias canalizadas para asegurar la adherencia y cierre de cada proceso**.**

**Número de Personas y Comunidades Caracterizadas**

## Entorno Comunitario

Durante las actividades comunitarias desarrolladas en el territorio, se logró la participación, identificación o caracterización de:

**Personas / funcionarios / Líderes vinculados**

- Administración Municipal: **6 funcionarios**
- Taller Prevención de SPA: **16 asistentes**
- Taller Prevención de ECNT: **10 asistentes**
- Comisaría de Familia: **2 funcionarias**
- Capacitación en Rutas de Atención: **10 participantes**

## Entorno Hogar

En el componente domiciliario —levantamiento y caracterización familiar— se atendieron:

**Familias caracterizadas**

- Familias visitadas Barranquillas
- El cajón
- Suzne
- Córdoba
- Boca de Monte lajas
- Cuatro Caminos
- Dindal

131 Familias caracterizadas
218 Personas

**Canalizaciones efectivas**

- Canalizaciones generadas a partir de la caracterización:
  53 canalizaciones efectivas

## 3.Registro de las Canalizaciones Realizadas:

Durante el periodo de ejecución de la estrategia APS se registraron 123 canalizaciones. Estas canalizaciones se consolidaron a partir de las bases de datos en Excel, sin modificar los datos originales, para posteriormente representarlas en gráficas según el perfil que realizó la remisión y el territorio intervenido.

Las canalizaciones del entorno hogar se dirigieron principalmente a servicios de medicina general, enfermería, psicología y vacunación, priorizando personas adultas mayores y otros grupos con riesgos identificados en la caracterización familiar. Por su parte, las canalizaciones realizadas por el corresponsal de salud incluyen, además de los servicios asistenciales, gestiones ante aseguramiento, psicología, trabajo social y comisaría de familia, con el fin de responder a problemáticas de salud mental, riesgo social, falta de afiliación al sistema de seguridad social y necesidad de apoyo alimentario o social.

En conjunto, las canalizaciones se orientaron a consultas médicas generales, control de hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas, valoraciones odontológicas, programas de crecimiento y desarrollo, vacunación y apoyo psicosocial, entre otros servicios establecidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud. La información registrada en las bases permitió diferenciar posteriormente, mediante gráficas, las canalizaciones efectivas y no efectivas, así como analizar las principales barreras que influyeron en el cumplimiento o no de las atenciones.

### 3.1Canalizaciones Efectivas

En las bases de datos de entorno hogar y corresponsal de salud se identifican como efectivas las canalizaciones cuyo “Estado de la atención” quedó registrado como “Efectivo”, es decir, cuando se concretó la cita o atención en salud, se aplicó la vacuna, se entregaron los medicamentos o se gestionó exitosamente el apoyo social requerido. Estas canalizaciones efectivas se distribuyeron entre las 107 remisiones realizadas por las auxiliares de hogar y las 22 gestionadas por la corresponsal de salud.

Al revisar las observaciones de las canalizaciones marcadas como efectivas se evidenció que, en el entorno hogareño, se lograrán consultas médicas generales para adultos mayores y gestantes, controles de hipertensión y otras enfermedades crónicas y aplicación de vacunas, incluidos esquemas pendientes en gestantes y niños. En varios casos se dejó constancia de que las gestantes asistieron a control prenatal y ginecológico en las fechas programadas, que los adultos mayores retomaron sus controles médicos y que se completaron esquemas de vacunación gracias a la gestión de citas y acompañamiento realizado por las auxiliares.

En las canalizaciones efectivas gestionadas por la corresponsal de salud se documentaron logros en apoyo psicosocial, aseguramiento y resolución de trámites, como acompañamiento para órdenes y autorizaciones, solicitudes de valoración por psicología y trabajo social, gestión ante aseguramiento municipal. Las observaciones indican que, cuando las instituciones respondieron oportunamente, se concretaron consultas de medicina general, valoraciones por enfermería APS, seguimiento a casos de salud mental y apoyo a personas con enfermedades.

A partir de estos registros, la gráfica de canalizaciones efectivas puede desagregarse, si así se requiere, por tipo de servicio consignado en las bases (consultas médicas generales, control de hipertensión y otras crónicas, programas de crecimiento y desarrollo, vacunación y apoyos psicosociales), tomando directamente las categorías que se encuentran en las columnas de "Ruta/servicio" de los archivos Barranquillas, el cajón, Suzne, Cordoba, Boca de Monte Lajas, Cuatro Caminos y Dindal.
De esta manera, la gráfica reflejaría visualmente que las canalizaciones efectivas abarcaron todo el conjunto de servicios mencionados y que, según las notas de seguimiento, personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad y usuarios con necesidades de apoyo psicosocial y de aseguramiento en salud.
Canalizaciones registradas por perfil APS (entorno hogar y corresponsal de salud)

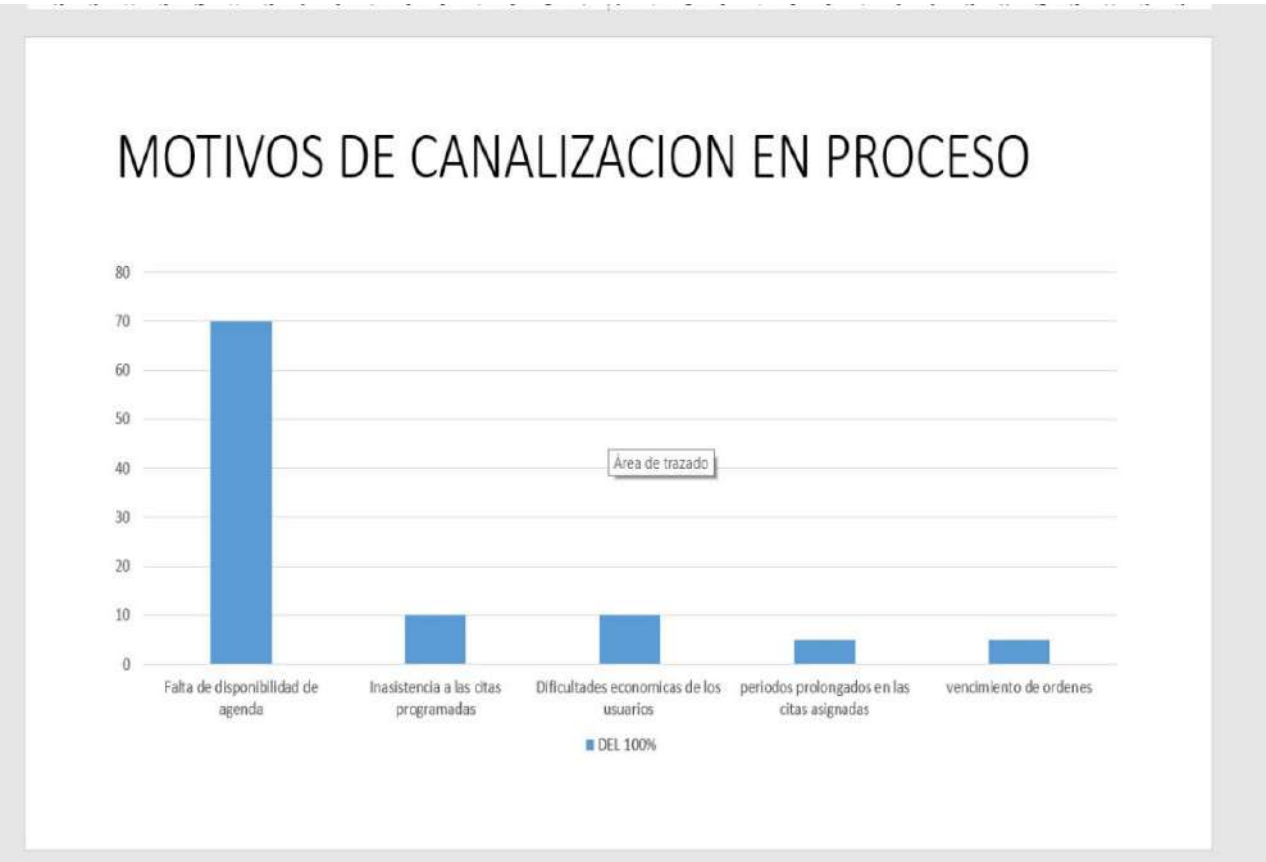



3.2 Canalizaciones No Efectivas:

En las bases de datos de entorno hogar y corresponsal de salud se identificaron canalizaciones cuyo "Estado de la atención" quedó registrado como "No efectiva", lo que indicó que, a pesar de haber generado la remisión, no se concretó la atención oportuna en el servicio de salud o en la entidad social correspondiente. Estas canalizaciones no efectivas se representaron en una gráfica similar a la de las efectivas, tomando directamente de la columna de estado todos los registros marcados como "No efectiva" y agrupándolos según el perfil que realizó la canalización (auxiliares de entorno hogar y corresponsal de salud).

Al analizar las observaciones registradas se evidencia que varias canalizaciones no lograron completarse porque los usuarios no asistieron a las citas médicas programadas, dejaron vencer las órdenes o no continuaron el proceso de seguimiento, a pesar de la gestión realizada por el equipo APS. En otros casos, las dificultades se relacionaron con procesos de autorización de servicios y trámites administrativos con las EAPB, lo que retrasó o impidió el acceso a consultas especializadas, valoraciones odontológicas o procedimientos requeridos.

También se identifican como causas frecuentes de no efectividad la falta de afiliación al sistema de salud, las dificultades económicas y de transporte para desplazarse al lugar de la atención, la ausencia de acompañamiento familiar (especialmente en adultos mayores y personas con condiciones de dependencia) y las barreras administrativas propias del sistema. Estas situaciones se reflejaron en observaciones donde se describió que algunos usuarios requerían aseguramiento, apoyo alimentario o visitas de comisaría y trabajo social, pero no se obtuvo respuesta oportuna de las entidades responsables, lo que incidió en que parte de las canalizaciones quedara como no efectiva al cierre del periodo reportado.




**4.Principales Logros:**

Durante el desarrollo de la estrategia APS se logró una mayor sensibilización de la comunidad frente al autocuidado, la prevención de la enfermedad y el uso adecuado de los servicios de salud, gracias a las visitas domiciliarias, los talleres comunitarios y las actividades educativas en el entorno escolar. La población reconoció la labor del equipo APS, lo que facilitó la identificación de casos prioritarios y la aceptación de las canalizaciones propuestas en los diferentes entornos.

Las actividades ejecutadas permitieron detectar de manera temprana gestantes de alto riesgo, adultos mayores en situación de vulnerabilidad, personas sin aseguramiento y usuarios con problemas de salud mental sin adherencia, generando canalizaciones oportunas hacia medicina general, odontología, vacunación, psicología, trabajo social y aseguramiento. Esto se tradujo en un incremento en la demanda de servicios de salud preventiva y en el fortalecimiento del seguimiento a casos de interés en salud pública desde los micro territorios asignados y las veredas abordadas.

Se consolidó además un trabajo comunitario más articulado, integrando a instituciones como Sisbén, Comisaría de Familia, Oficina de Salud Pública, IPS centro de Salud, instituciones educativas y escenarios comunitarios, lo que favoreció respuestas conjuntas ante situaciones de riesgo social y sanitario. Esta articulación interinstitucional permitió avanzar en la construcción de redes de apoyo y en la implementación de estrategias como Cuidando Cuidadores, Rompiendo Silencios y Piensa y Actúa Positivamente en el municipio de Caparrapí.

## 5.Dificultades Encontradas

Durante el desarrollo de la estrategia se evidencia baja asistencia en algunas jornadas comunitarias, especialmente en actividades grupales de promoción y prevención, lo que limitó el alcance esperado de ciertas intervenciones planificadas. Esta baja participación se relacionó con horarios laborales de la población, actividades agrícolas, poca disponibilidad de tiempo y, en algunos casos, desconocimiento o desinterés inicial frente a las temáticas propuestas.

Persistieron barreras de acceso a los servicios de salud, reflejadas en demoras para la asignación y autorización de citas, dificultades para acceder a consultas especializadas y problemas administrativos con las EAPB, que afectarán la oportunidad de la atención en varios de los casos canalizados. Estas barreras se hicieron más evidentes en gestantes de alto riesgo, personas con enfermedades crónicas y usuarios que requerían apoyos específicos, trabajo social o aseguramiento.

Se identificó resistencia de algunas familias al cambio de hábitos, especialmente en temas de autocuidado, adherencia a tratamientos, control de enfermedades crónicas y asistencia regular a controles médicos, lo cual dificultó la consolidación de procesos sostenidos de educación en salud. Esta resistencia se manifiesta en la inasistencia a citas programadas, en el abandono de seguimientos y en la poca disposición para modificar prácticas relacionadas con alimentación, actividad física o consumo de sustancias.

En la ejecución de algunas actividades se presentó falta de recursos materiales, lo que limitó el uso de ciertos apoyos didácticos y logísticos para las jornadas lúdicas, educativas y comunitarias previstas, obligando a priorizar y ajustar las metodologías planificadas. Además, se documentaron dificultades para el seguimiento continuo de algunas canalizaciones, dadas las condiciones geográficas del municipio, la carga operativa del equipo y las barreras administrativas del sistema, lo que retrasó o impidió cerrar algunos casos como efectivos dentro del periodo evaluado.

**6.Propuestas de Mejora para Próximas Intervenciones:**

Se recomendó fortalecer las alianzas con instituciones educativas y líderes comunitarios, con el fin de consolidar espacios permanentes de coordinación donde se puedan planear actividades conjuntas, priorizar problemáticas locales y sostener procesos de educación y participación en salud más allá de los periodos de ejecución del PIC. Este trabajo articulado permitiría ampliar el alcance de las estrategias APS en colegios, juntas de acción comunal y organizaciones sociales, favoreciendo la identificación temprana de riesgos y la movilización comunitaria frente a la salud.

Igualmente, se planteó aumentar la difusión de las jornadas de salud mediante el uso combinado de canales formales e informales (carteleras, redes sociales locales, perifoneo, líderes veredales, instituciones educativas y entidades municipales), para mejorar la asistencia y garantizar que la población conozca fechas, lugares, requisitos y beneficios de cada actividad. En paralelo, se propuso implementar estrategias más sistemáticas de seguimiento a las canalizaciones, utilizando listados nominales, recordatorios telefónicos y coordinación con las EAPB, de manera que se reduzcan los casos sin respuesta y se pueda monitorear de forma continua el estado de cada remisión.

Otra propuesta fue realizar más actividades lúdicas y participativas en los diferentes entornos, aprovechando metodologías grupales, juegos, dramatizaciones y espacios de diálogo que faciliten el aprendizaje y la apropiación de prácticas saludables, especialmente en jóvenes, cuidadores y personas mayores. Para mejorar el acceso a los servicios se consideró necesario gestionar apoyos interinstitucionales (transporte solidario, coordinación con alcaldía, comisaría, Sisbén y aseguramiento) y mantener el fortalecimiento de la educación en salud desde el hogar, visitas mediante domiciliarias focalizadas que promuevan el autocuidado, la adherencia a tratamientos y el uso oportuno de las rutas de atención en salud.

**2.3 Descripción del material didáctico utilizado**

Para la ejecución de las actividades en los entornos comunitario, educativo, hogar y corresponsal se utilizaron materiales didácticos básicos como computador, proyector cuando estuvo disponible, hojas, cuadernos, esferos, lápices y marcadores, que permitieron el registro de la información, la elaboración de listados de asistencia y el apoyo a las exposiciones. Además, se emplearon folletos, cartillas y guías impresas con mensajes clave de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, adaptadas a la población objetivo, para reforzar los contenidos trabajados en cada encuentro.

En las actividades lúdicas y grupales se utilizaron materiales para juegos, dinámicas y ejercicios participativos, como carteles, fichas, tarjetas tipo “concéntrese”, papelógrafos y elementos para dramatizaciones, que facilitaron el trabajo en equipo y el aprendizaje significativo. En el entorno hogar se apoyaron las visitas con formatos de caracterización (survey 123, AIEPI comunitario), carnes de vacunación y registros de seguimiento, que además de servir como herramientas técnicas,

funcionaron como insumos educativos al momento de explicar a las familias la importancia del autocuidado, el calendario de vacunación y el cumplimiento de las citas de control.

**2.4Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.**

Las personas abordadas en la estrategia APS durante el año 2026 manifiestan preocupación por la falta de una persona que atendiera de manera continua los procesos de autorizaciones de las EAPB en el municipio, señalando que esto generaba demoras, trámites repetidos y desgaste para los usuarios al momento de gestionar sus órdenes médicas y medicamentos. De igual forma, expresaron inquietud porque el programa “Médico en tu Territorio” no podía atender a toda la población sin distinción de EPS o IPS, pese a que la comunidad lo percibía como un servicio que debería ser de acceso amplio e igualitario para el municipio.

Otra inquietud frecuente se relacionó con la ausencia de una página web o medio de comunicación ágil por parte de la IPS Puesto de Salud de Caparrapí, que informará oportunamente sobre cambios en la prestación del servicio, novedades, horarios, suspensión de jornadas o disponibilidad de profesionales, lo que generaba desinformación y confusión en la comunidad. Asimismo, la población cuestionó que no existía en la alcaldía un mecanismo estable que apoyara las necesidades básicas de las personas más vulnerables, como transporte para citas, alimentos, ropa u otros elementos, lo cual se percibió como una limitación para garantizar el acceso efectivo a la atención en salud.

Finalmente, los asistentes manifestaron su inconformidad por la falta de jornadas de especialistas como optometría, psicología y neurología, servicios que eran ordenados con frecuencia pero

difíciles de concretar por barreras de oferta y de gestión, lo que prolongaba la espera y afectaba la continuidad de la atención. Estas inquietudes reflejaron una percepción generalizada de que las barreras administrativas, la escasez de especialistas y la débil articulación interinstitucional impactaban negativamente el derecho a la salud y motivaban la búsqueda de soluciones más estructurales en el territorio.

**Recomendaciones**

Se recomienda que la IPS Puesto de Salud implemente una página o red de comunicación municipal (por ejemplo, página web o canales oficiales en redes sociales) donde se informe de manera oportuna los cambios en la prestación de servicios, horarios, jornadas especiales y novedades de interés para la comunidad. Así mismo, la alcaldía municipal debería gestionar ante las EAPB la presencia de una gestora fija o punto de atención estable para autorizaciones, con el fin de agilizar trámites, reducir costos de desplazamiento y evitar que las órdenes pierdan vigencia

Resulta clave que las entidades municipales fortalezcan su trabajo articulado con la estrategia APS, asumiendo un rol activo en la solución de las barreras de acceso mediante apoyos concretos como transporte para citas, ayudas básicas a población vulnerable y coordinación para jornadas de especialistas en áreas como optometría, psicología y neurología. De igual manera, se sugiere ampliar los horarios de atención y mejorar los mecanismos de contacto de las EAPB, así como designar una persona en el puesto de salud o en la alcaldía que oriente a los usuarios en la solicitud de citas en IPS diferentes del centro de salud Caparrapí y hospital san José de guaguas.

Finalmente, se recomienda fortalecer el comunitario alrededor de la APS, motivando a los presidentes de Juntas de Acción Comunal y otros líderes veredales a participar activamente en la difusión de las jornadas de salud, la identificación de casos prioritarios y el acompañamiento a las familias. Este involucramiento comunitario, sumado a la continuidad de la educación en salud desde el hogar y la consolidación de redes como las REVCOM, puede contribuir de manera significativa a mejorar la atención social y en salud del municipio en próximas intervenciones.

