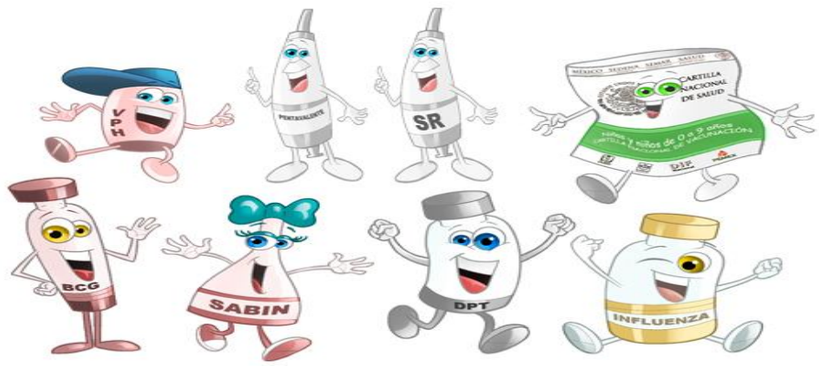
ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Municipio: SILVANIA		
Actividad: 1	PERIODO DE EJECUCION: 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026	Hora: 08:00 AM 04:00PM
Tema tratado y/o Actividad: Realizar la identificación de niños con esquemas de vacunación inadecuados y hacer demanda inducida a los servicios de vacunación. (hogares infantiles y jardines)		
CODIGO CUPS I30202-INTERVENCIONES PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES A REDES Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS.		
Grupo beneficiario: Niños de 0 a 11 años		Etapa de ciclo: Primera Infancia- Infancia
Lugar:	Población programada	Población cubierta
Barrios y Veredas del Municipio	A demanda	22

Objetivo General	Identificar los menores con esquema de vacunación inadecuados y determinar los factores que impiden completar los esquemas de vacunación. • Prevenir enfermedades Reducir o evitar la aparición de enfermedades transmisibles mediante la generación de inmunidad en las personas. □ Disminuir la mortalidad y complicaciones Evitar casos graves, hospitalizaciones y muertes asociadas a infecciones prevenibles. Al vacunar a gran parte de la población, se limita la circulación de los agentes infecciosos, logrando lo que se conoce como inmunidad de grupo. □ Proteger a poblaciones vulnerables. □Mejorar la calidad de vida
Objetivos Específicos	• Reconocer los componentes inherentes a la madre que influyen en el nivel de información sobre el calendario de vacunación • Identificar la importancia que representa tener el carnet de vacunación completo en niños menores de 5 años. • Orientar a las madres sobre la importancia de las vacunas en los menores y la protección que representan. □ **Lograr altas coberturas de vacunación** Alcanzar y mantener porcentajes elevados de población vacunada según los esquemas establecidos. □ **Cumplir con el esquema de vacunación completo** Asegurar que cada persona reciba todas las dosis necesarias en el tiempo indicado para una protección efectiva. □ **Proteger grupos de riesgo** Priorizar la vacunación en niños, adultos mayores, mujeres embarazadas y personas con enfermedades crónicas. □ **Prevenir brotes epidémicos** Evitar la aparición y propagación de enfermedades mediante la inmunización oportuna.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Recursos Utilizados		Humanos: GEBI	Material: COHORTE DE R.N
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Durante el mes de Abril del presente año, me presento como Lorena Galindo Gestora de Bienestar Integral con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la Alcaldia Municipal, Secretaria de Salud, y Hospital Ismael Silva, del municipio de Silvania, prestando un apoyo en canalización y remisión extramural, al servicio de vacunación durante el recorrido por los diferentes Barrios y Veredas del Municipio en el mes se realiza la verificación de 22 menores los cuales se realiza la canalización y vacunación dejando a los menores con esquemas adecuados o completos para la edad se brinda la respectiva educación hacia los padres de familia de los menores sobre la importancia de las vacunas y tener sus hijos al día en esquema de vacunación según la edad del menor. Se brinda educación sobre el significado de las siguientes palabras: **Niño no vacunado:** Menor de 5 años de edad al que le faltan todas las vacunas del esquema de vacunación. **Niño con esquema incompleto:** Menor de 5 años de edad al que le faltan una o más de las vacunas del esquema, incluidos todos los refuerzos.  ¿Qué son las vacunas? Una vacuna es una preparación destinada a generar inmunidad adquirida contra una enfermedad, mediante la estimulación de la producción de anticuerpos. Normalmente una vacuna contiene un agente que se asemeja a un microorganismo causante de la patología y a menudo se hace a partir de formas debilitadas o muertas del microbio, sus toxinas o una de sus proteínas de superficie. El agente estimula el sistema inmunológico del cuerpo a reconocer al agente como una amenaza, destruirla y guardar un registro de este, de modo que el sistema inmune puede reconocer y destruir más fácilmente cualquiera de estos microorganismos que encuentre más adelante. Las vacunas son muy importantes para el cuidado de la salud de toda la comunidad, ya que son las encargadas de protegernos de numerosas enfermedades muy graves que afectan sobre todo a los niños y a las niñas. Las vacunas se obtienen inactivando o debilitando el microorganismo que causa la enfermedad, para que cuando se aplique a una persona, el cuerpo produzca defensas contra esa enfermedad, las cuales lo protegerán de padecerla; los niños necesitan vacunas para protegerse de enfermedades		

peligrosas. Estas enfermedades pueden tener complicaciones graves e incluso, provocar la muerte.

¿Qué enfermedades nos protegen las vacunas?



HB Es la irritación e hinchazón (inflamación) del hígado debido a infección con el virus de la hepatitis B (VHB). Usted puede contraer esta enfermedad a través del contacto con sangre o fluidos corporales (como el semen, los flujos vaginales y la saliva) de una persona que tenga el virus. Por tal razón, es imprescindible que el niño reciba esta vacuna en las primeras 12 horas seguidas al nacimiento, ya que se disminuye el riesgo de transmisión madre - hijo.

Es la irritación e hinchazón (inflamación) del hígado debido a infección con el virus de la hepatitis B (VHB). Usted puede contraer esta enfermedad a través del contacto con sangre o fluidos corporales (como el semen, los flujos vaginales y la saliva) de una persona que tenga el virus. Por tal razón, es imprescindible que el niño reciba esta vacuna en las primeras 12 horas seguidas al nacimiento, ya que se disminuye el riesgo de transmisión madre - hijo.

TUBERCULOSIS MENÍNGEA Es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Es muy contagiosa. Las bacterias entran por las vías respiratorias y llegan al pulmón, destruyendo unas células que ayudan a combatir infecciones y se multiplican. Si logran llegar a la sangre, pueden infectar diferentes partes del cuerpo (huesos, articulaciones, riñones, corazón, ganglios, intestinos, etc.); si infectan el tejido que cubre el cerebro y la médula espinal (meninges), producen la tuberculosis meníngea.

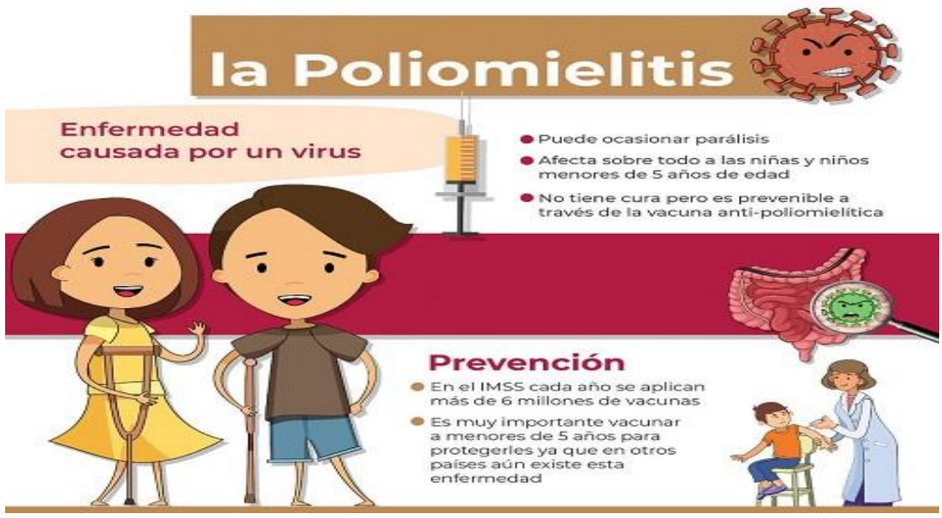


POLIOMIELITIS:Es una enfermedad causada por la infección con el virus del polio, que afecta los nervios y causa parálisis total o parcial en las extremidades. Su transmisión puede ser por:

- Contacto directo de persona infectada a persona sana.
- Contacto con moco o flema de personas infectadas.
- Contacto con materia fecal infectada.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

El virus entra a través de la nariz y la boca, se multiplica en la garganta y en el tubo digestivo, para luego ser absorbido y diseminado a través de



ROTAVIRUS: ¿Qué es la vacuna rotavirus y para qué sirve?



Protege a su bebé contra el rotavirus, una enfermedad potencialmente grave. Protege a su bebé para que no tenga diarrea, vómitos y dolor de estómago a causa de rotavirus. Evita que su hijo falte a la escuela o guardería infantil, y que usted falte al trabajo.

PENTAVALENTE



¿Qué contiene la vacuna pentavalente para niños?
La vacuna pentavalente, también conocida como quíntuple elular es una vacuna combinada que protege contra 5 enfermedades en específico: tétanos, difteria, tosferina, poliomielitis e infecciones causadas por Haemophilus Influenza tipo b.

DIFTERIA:

Es una infección causada por la bacteria denominada *Corynebacterium diphtheriae*, que se propaga a través de las gotitas respiratorias, como las que se producen con la tos o los estornudos de una persona infectada, o de alguien que porte la bacteria pero que no tenga ningún síntoma.

TOSFERINA

Es una enfermedad infecto – contagiosa causada por el bacilo *Bordetella pertussis*, que afecta el aparato respiratorio y cuyo síntoma típico es la tos.

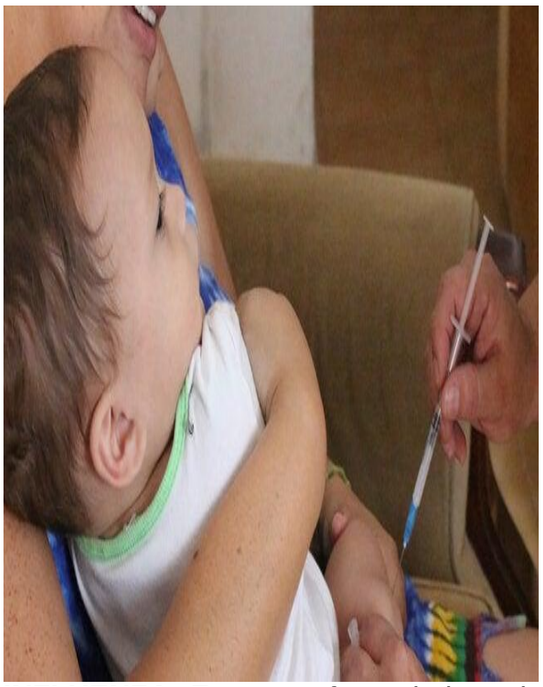
ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

El contagio se produce directamente desde la persona enferma a la sana, por el aire (al hablar o toser). Los síntomas comienzan como una gripa común (secreción de moco por la nariz, fiebre, estornudos, tos leve, lagrimeo); con el tiempo (2 semanas), la tos se torna más fuerte, con ahogamiento y color morado − azul en la piel; la persona se ve angustiada y cansada.

TÉTANOS ACCIDENTAL Y TÉTANOS NEONATAL.

Es una enfermedad infecciosa producida por un bacilo llamado *Clostridium tetani*, muy resistente en el ambiente, que puede sobrevivir sin oxígeno y sin luz durante muchos años en la tierra. El tétanos se contagia a través de una herida contaminada con el microorganismo y no se transmite de persona a persona. Los síntomas son: rigidez muscular de la mandíbula, seguida por rigidez del cuello, dificultad para la deglución, rigidez de los músculos del abdomen, sudor y fiebre. La vacuna contra el tétanos se aplica a los niños, a las niñas y a las mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, para proteger a sus futuros hijos del tétanos neonatal.

NEUMONÍA, MENINGITIS Y OTITIS CAUSADAS POR NEUMOCOCO

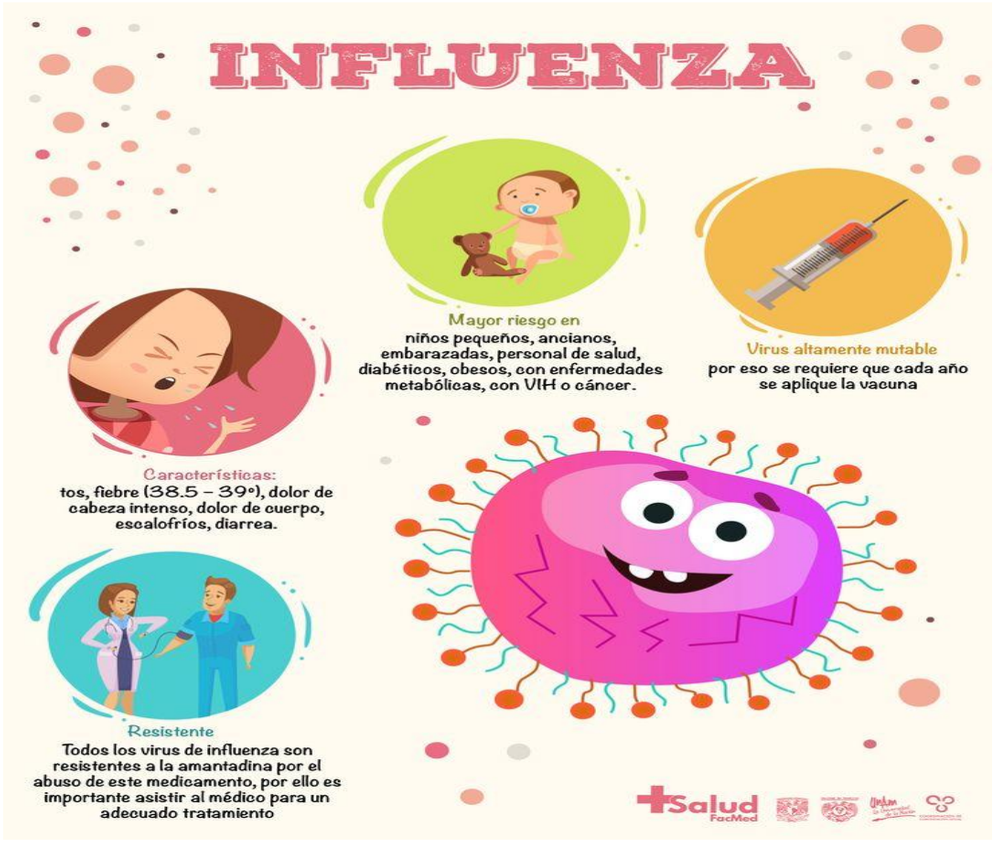


El neumococo es una bacteria que se disemina a través del contacto con personas que están infectadas o con personas que no están enfermas pero que portan la bacteria en la parte posterior de la nariz. Las infecciones por neumococo pueden ser leves o graves. Las más comunes son infecciones de oído (otitis), sinusitis, neumonía, infección de todo el cuerpo (sepsis) e infección en las capas que envuelven el cerebro y la médula espinal (meningitis). Los síntomas comienzan con una gripe común y se agudizan de acuerdo a la zona afectada.

INFLUENZA: Es una enfermedad respiratoria transmisible causada por el virus de la influenza. Se habla de influenza estacional, ya que se presenta todos los años, principalmente en los meses de lluvia. Este virus tiene la capacidad de cambiar de forma, lo que hace que las defensas que las personas desarrollan para combatir el virus dejen de ser útiles; es por ello que cada año se desarrollan vacunas nuevas y distintas para combatir este virus. Los síntomas corresponden a los de un resfriado común y son fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular intenso, cansancio intenso, tos seca, ardor o dolor de garganta y congestión nasal. En los niños se puede presentar náusea, vómito y diarrea, más frecuentemente que en los adultos.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Estas son algunas de las enfermedades de las cuales protegen las vacunas al menor, sin mencionar algunas otras que aun hacen falta describir que son de igual importancia que las demás; de acuerdo a esto, se procede a realizar los respectivos carnets de vacunas, y se obtienen los siguientes resultados de menores vacunados durante el mes, a quienes por medio del seguimiento y respuesta pronta logran quedar al día en esquema de vacunación hasta la edad actual de cada uno de ellos:

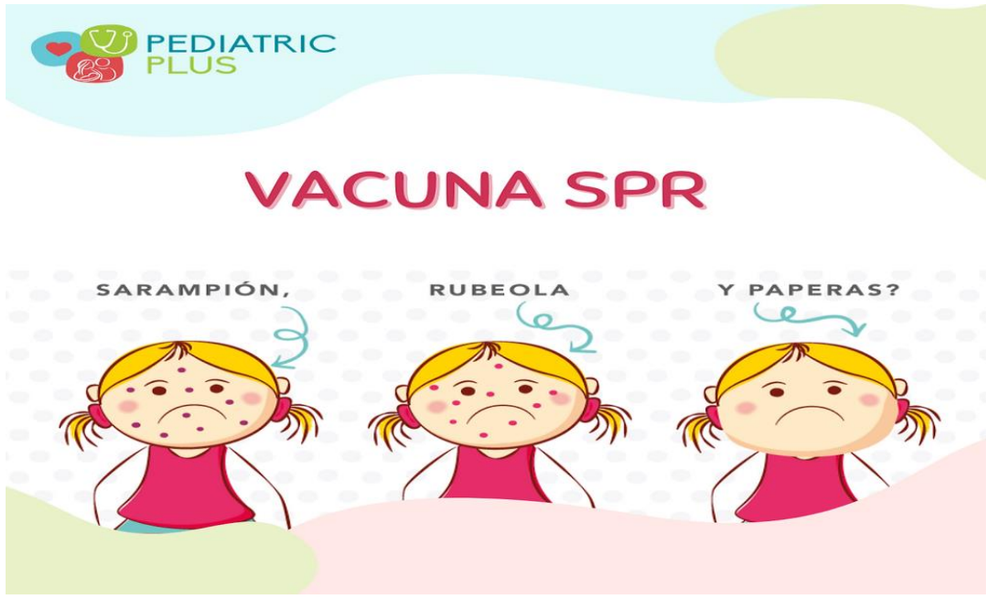


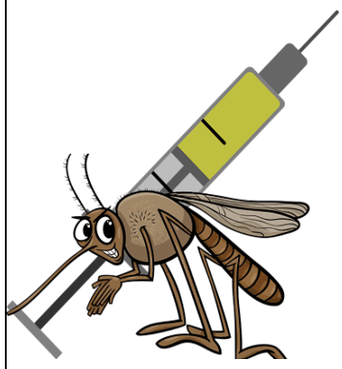
TRIPLE VIRAL (T.V)

¿Qué vacunas son la triple viral? La vacuna triple viral es una vacuna incluida en el Calendario Nacional de Vacunación, a los 12 meses de edad y al ingreso escolar con 5 años. Protege contra los virus de sarampión, rubeola y parotiditis. Las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse ya que son consideradas inmunes.



ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS





FIEBRE AMARILLA: La vacuna contra la fiebre amarilla es un virus vivo atenuado. Se da en una sola dosis. Se recomienda una dosis de refuerzo cada 20 años para las personas que siguen estando en riesgo de tener la enfermedad. La vacuna contra la fiebre amarilla se puede dar al mismo tiempo que la mayoría de las otras vacunas.



ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

La salud es de todos | Minsalud

ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE COLOMBIA



Edad	Vacuna	Dosis	Enfermedad que previene
Recién nacido	Leche materna exclusiva		
	BCG	Única	Meningitis tuberculosa
	Hepatitis B	Recién nacido	Hepatitis B
A los 2 meses	Leche materna exclusiva		
	Pentavalente: Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Primera	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Pentavalente: *Haemophilus Influenzae* tipo b (Hib)		Meningitis y otras enfermedades causadas por *Haemophilus Influenzae* tipo b
	Pentavalente: Hepatitis B		Hepatitis B
	Polio	Primera	Poliomielitis
	Rotavirus	Primera	Diarrea por Rotavirus
	Neumococo	Primera	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia
A los 4 meses	Leche materna exclusiva		
	Pentavalente: Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Segunda	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Pentavalente: *Haemophilus Influenzae* tipo b (Hib)		Meningitis y otras enfermedades causadas por *Haemophilus Influenzae* tipo b
	Pentavalente: Hepatitis B		Hepatitis B
	Polio	Segunda	Poliomielitis
	Rotavirus	Segunda	Diarrea por Rotavirus
	Neumococo	Segunda	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia
A los 6 meses	Continúe la leche materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva		
	Pentavalente: Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Tercera	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Pentavalente: *Haemophilus Influenzae* tipo b (Hib)		Meningitis y otras enfermedades causadas por *Haemophilus Influenzae* tipo b
	Pentavalente: Hepatitis B		Hepatitis B
	Polio	Tercera	Poliomielitis
	Influenza estacional	Primera	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 7 meses	Influenza estacional*	Segunda	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 12 meses	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Primera	Sarampión - Rubeola - Paperas
	Varicela	Primera	Varicela
	Neumococo	Refuerzo	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia
	Hepatitis A	Única	Hepatitis A
A los 18 meses	Difteria – Tos ferina – Tétanos (DPT)	Primer refuerzo	Difteria – Tos ferina – Tétanos
	Polio	Primer refuerzo	Poliomielitis
	Fiebre Amarilla (FA)	Única	Fiebre amarilla
A los 5 años	Difteria – Tos ferina – Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo	Difteria – Tos ferina – Tétanos
	Polio	Segundo refuerzo	Poliomielitis
	Sarampión – Rubeola – Paperas (SRP)	Refuerzo	Sarampión – Rubeola – Paperas
	Varicela	Refuerzo	Varicela
Niñas a los 9 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)**	Primera: Fecha elegida	Cáncer de cuello uterino
		Segunda: 6 meses después de la primera dosis	
Mujeres en Edad Fértil (MEF) entre los 10 y 49 años	Toxoide tetánico y diftérico del adulto (Td)***	5 dosis: Td1: dosis inicial Td2: al mes de Td1 Td3: a los 6 meses de Td2 Td4: al año de Td3 Td5: al año de Td4 Refuerzo cada 10 años	Difteria – Tétanos – Tétanos neonatal
Gestantes	Influenza estacional	Una dosis a partir de la semana 14 de gestación en cada embarazo	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	TdaP (Tétanos – Difteria – Tos ferina Acelular)	Dosis única a partir de la semana 26 de gestación en cada embarazo	Tétanos neonatal – Difteria – Tos ferina del recién nacido
Adultos de 60 años y más	Influenza estacional	Anual	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza

*Aplicar una dosis de refuerzo contra influenza estacional entre los 12 y 23 meses de edad.
** Las niñas inmunocomprometidas deben recibir un esquema de 0, 2 y 6 meses.
***De acuerdo al antecedente vacunal de DPT y Td.

EDAD DEL MENOR	MENORES CANALIZADOS
RECIEN NACIDO	0
MES Y 1/2	3
3 MESES	3
4 MESES Y 1/2	2
1 AÑO	4
18 MESES	3
5 AÑOS	3
MMR (TV.) 2RF	0
COVID NIÑOS	0
INFLUENZA NIÑOS	4
TOTAL CANALIADOS	22

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	RECUERDE SIEMPRE: Llevar el carnet de vacunación al punto de Atención para que la persona que lo atienda verifique los antecedentes y determine cuales vacunas quiere. Si usted es adulto y tiene su carnet infantil, llévelo esta información es muy importante. Consultar los efectos secundarios que pueden tener las vacunas que le son aplicadas y los cuidados relacionados que debe tener en casa para estar alerta y no olvide preguntar por su siguiente cita. 	
Hallazgos y conclusiones	Se logró cumplir los objetivos propuestos ya que tuvimos la colaboración de la comunidad y el apoyo de los padres para canalizar y vacunar a 22 menores los cuales estaban con esquemas inadecuados para la edad dejándolos al día con esquemas adecuados y completos para la edad,	
Aportes y Sugerencias	Se encuentra dentro de la población bastantes padres que carecen de información sobre los beneficios o ventajas de la vacunación y por temor a ello prefieren no vacunar a sus hijos o familiares, por este motivo los padres recomiendan aumentar este tipo de actividades para generar más Confianza y seguridad en más padres de familia que se encuentran en la misma situación.	
	Registro Fotográfico	X
	Listado de Asistencia	X
	Videos	

Nombre de quien realiza la actividad

Lorena Patricia Galindo Lizcano
Gestora de Bienestar Integral pic
Hospital Ismael Silva
Silvania Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

EVIDENCIA FOTOGRAFICA








ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:28/Agosto/2022

TEMA: Realizar la identificación de niños con esquemas de vacunacion inadecuados y hacer demanda inducida a los servicios de vacunación. (hogares infantiles y jardines) **FECHA:** 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR: BARRIOS Y VEREDAS DEL MUNICIPIO — HORA INICIO: 8:00 AM

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO — HORA DE FIN: 4:00 PM

Tipo de Identificacion: CC — Número: 35253981 — CARGO: GEBI PIC E.C.T — Firma

Codigo 130202-INTERVENCIONES PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES A REDES Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS.

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO	FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD		GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD						OTRA Población Vulnerable	ESTADO GESTACIONAL	OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No	HOGAR COMUNITARIO O	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	L	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	I	Especial o excepción	Sin	Negociación	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indígena	Física	Cognitiva	Sensorial	Otra	1. Migrante 2. Víctima conflicto	SI	NO						
1	Ailany Sophia Frias	RC	1037498734	X					X			17	12	25	N															X	Hogar	SILVANIA	X		YOPAL	3124041035	
2	Brandon Valentina Chinchilla	RC	1824024	X					X			11	3	24	N															X	Hogar	SILVANIA	X		YOPAL	3124041035	
3	Valentina de Jesus Pacheco	RC	1037493797	X					X			25	2	26	N															X	Hogar	SILVANIA		X	LOS PINOS	3005190435	
4	Salma Francisca Rodriguez	RC	1037498671	X					X			12	9	24	N															X	Hogar	SILVANIA	X		GUAYABE	3114629881	
5	Nathan Alejandro Long	RC	1037472561	X					X			12	5	25	N															X	Hogar	SILVANIA	X		ESCUELA	3222131970	
6	Evelyn Valentina Hilarion	RC	1037021480	X					X			28	8	24	N															X	Hogar	SILVANIA	X		SUBIA	3128854129	
7	Liam Samuel Caicedo	RC	1037425674	X					X			11	4	25	C															X	Hogar	SILVANIA	X		SUBIA	3234694169	
8	Elian Mathias Pena	RC	1037498895	X					X			26	2	26	F															X	Hogar	SILVANIA	X		YOPAL	3022224241	
9	Antonella Bermudez	RC	1037498780	X					X			31	12	25	N															X	Hogar	SILVANIA		X	HOMECO	3247496455	
10	Mia Isabella Parra	RC	1037498713	X					X			1	3	25	F															X	Hogar	SILVANIA	X		YOPAL	3219815128	
11	Derek Thomas Bernal	RC	1037498672	X					X			7	10	24	N															X	Hogar	SILVANIA	X		YOPAL	8132543236	
12	Dramma Valentina Chinchilla	RC	1069778840	X					X			12	4	25	N															X	Hogar	SILVANIA	X		YOPAL	3143308991	
13	Jaion Alejandro Pedraza	RC	1037498829	X					X			7	4	25	C															X	Hogar	SILVANIA		X	LOS PINOS	3129968054	
14	Ian Andres Tovar	RC	1069777802	X					X			11	4	25	F															X	Hogar	SILVANIA	X		YOPAL	3114081652	
15	Hellen Tatiana Aldana	RC	1117216192	X					X			16	3	25	N															X	Hogar	SILVANIA	X		GUAYABE	3208993505	

ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL
ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:28/Agosto/2022

TEMA: Realizar la identificación de niños con esquemas de vacunacion inadecuados y hacer demanda inducida a los servicios de vacunación. (hogares Infantiles y Jardines)

FECHA: 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR: BARRIOS Y VEREDAS DEL MUNICIPIO

HORA INICIO: 8:00 AM

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO

HORA DE FIN: 4:00 PM

Tipo de identificacion: CC **Número:** 35253981

CARGO: GEBI PIC E.C.T **Firma**

Codigo I302202-INTERVENCIONES PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES A REDES Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS.

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD				GRUPO ETNICO						DISCAPACIDAD						Dossis Poblacion Vulnerable	ESTADO GESTACIONAL	OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No.	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	U	R	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indigena	Fisico	Cognitivo	Sensorial	Otro	1. Expuesto 2 Victima conflicto	SI	NO				U	R			
1	Angel Valentino Herrera	RC	1069223384	X					X			26	8	24	F				X											X		MENOR.	SILVANIA	X		Guayabe.	3013816666	Angel Herrera
2	Juan Diego Pisco	RC	1069234152	X					X			21	3	21	F				X											X		MENOR.	SILVANIA	X		Guayabe.	3105106303	Angie Pisco
3	Adrian Santiago Moreno	RC	1069237825	X					X			27	4	25	M				X											X		MENOR.	SILVANIA	X		Yaguara	3227472011	Michell Marroquin
4	Juan Pablo Escobar.	RC	1012498834	X					X			30	4	25	F				X											X		MENOR.	SILVANIA	X		Kennedy	3103273442	Camila Escobar
5	Hanna Alejandra Melo	RC	1206231963	X						X		13	3	26	M				X											X		MENOR.	SILVANIA		X	Yaguara	3003722764	Erika Lopez.
6	Emma Sofia Rojas	RC	1012498627	X						X		16	10	24	M				X											X		MENOR.	SILVANIA		X	Yaguara	3017823554	Jennifer Rojas.
7	Joseph David Ortiz	RC	1012498227	X					X			23	12	20	F				X											X		MENOR.	SILVANIA		X	Los Arces	3144538216	Dana Ortiz.
8				X																													SILVANIA					
9					X																													SILVANIA					
10				X																														SILVANIA					
11				X																														SILVANIA					
12				X																														SILVANIA					
13				X																														SILVANIA					
14				X																														SILVANIA					
15				X																														SILVANIA					

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

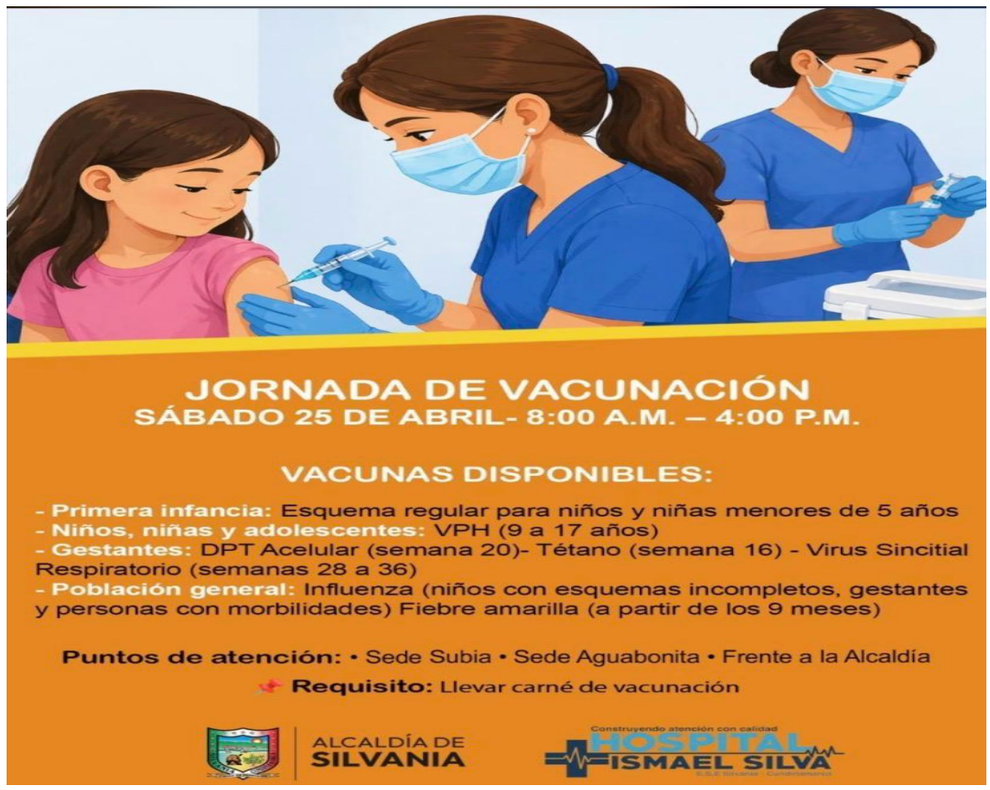
<table>
<tr><td colspan="4">Municipio: SILVANIA</td></tr>
<tr><td colspan="2">Actividad: 2</td><td>Periodo de Ejecución:
24 Y 25 de Abril del 2026</td><td>Hora:
3:00PM – 6:00PM
08:00 AM- 04:00 PM</td></tr>
<tr><td colspan="4">Tema tratado y/o Actividad:
Apoyar según demanda los lineamientos nacionales y departamentales en las jornadas y campañas de vacunación que se realicen en articulación con la E.S.E Ismael Silva en el municipio.</td></tr>
<tr><td colspan="4">CODIGO CUPS I10307_INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI</td></tr>
<tr><td colspan="3">Grupo beneficiario:
Todos los ciclos de vida</td><td>Etapa de ciclo:
todos</td></tr>
<tr><td colspan="2">Lugar:</td><td>Población programada</td><td>Población cubierta</td></tr>
<tr><td colspan="2">Plazoleta frente a la Alcaldía Municipal, Recorrido casa a casa.</td><td>A demanda</td><td>30</td></tr>
<tr><td>Objetivo General</td><td colspan="3">Disminuir la morbilidad y mortalidad, de las enfermedades prevenibles por vacunas en la población menor de cinco (5) años, mujeres en edad fértil y grupos en riesgo atreves de la vacunación.</td></tr>
<tr><td>Objetivos Específicos</td><td colspan="3">• Invitar a la comunidad a las próximas jornadas de vacunación
• Promover la equidad y el derecho a la vacunación
• Invitar a la comunidad a participar de la jornada de vacunación de los días 24 Y 25 de de Abril del 2026 y continuar con los esquemas y demás dosis a aplicar..
• Lograr la inmunidad individual y colectiva</td></tr>
<tr><td>Recursos Utilizados</td><td>FOLLETO</td><td>Humanos:
GEBI</td><td>Material:
FOLLETO</td></tr>
<tr><td>Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad</td><td colspan="3">El viernes 24 de Abril siendo las 3:00pm me presento en el punto de vacunación como Lorena Patricia Galindo Lizcano Gestora de Bienestar Integral de la Alcaldía Municipal y Hospital Ismael Silva para brindar apoyo y acompañamiento en la Jornada de Nacional de Vacunación hasta las 6:00pm


</td></tr>
</table>

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

El sábado 25 de Abril Siendo las 08:00 am me presento en el punto de vacunación como Lorena Patricia Galindo Lizcano Gestora de Bienestar Integral de la Alcaldía Municipal y Hospital Ismael Silva para brindar apoyo y acompañamiento en la Jornada de Vacunación Nacional.



Durante la jornada se realiza educación y revisión del carnet encontrando 30 usuarios dejando adultos y niños con esquemas adecuados para la edad, brindando educación a sus cuidadores ya que son muy importantes para el cuidado de la salud de toda la comunidad, y son las encargadas de protegernos de numerosas enfermedades que pueden tener complicaciones e incluso provocar la muerte y que afectan sobre todo a los adultos mayores.

¿Qué son las vacunas? Son sustancias que se introducen en el cuerpo, por la boca o con una inyección, para producir defensas contra una enfermedad específica, con el fin de proteger a la persona vacunada cuando tenga contacto con la enfermedad y así evitar padecerla.

¿Por qué debemos vacunarnos? Las vacunas son muy importantes para el cuidado de la salud de toda la comunidad, ya que son las encargadas de protegernos de numerosas enfermedades que pueden tener complicación e incluso provocar la muerte y que afectan sobre todo a los niños.

¿Son seguras las vacunas? Si son muy seguras. Hay que tener precauciones, que serán indicadas en el momento de la vacunación los riesgos de contraer una enfermedad grave por no administrar la vacuna son mucho mayores que el riesgo de que la vacuna produzca una reacción peligrosa.

INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

<table>
<tr><td></td><td>
¿Qué reacción tiene la vacuna? las reacciones generales varían de acuerdo a como asimile el cuerpo los componentes de la vacuna, por lo que cada una puede tener unos efectos segundarios diferentes.

1) dolor, calor o inflamación en el área de aplicación de la vacuna lo cual puede limitar un poco la movilidad del brazo o pierna.

2) malestar general.

3) fiebre no mayor a 39ºc.

4) Irritabilidad llanto.

5) Algunas vacunas como la de la varicela o la triple viral (sarampión, rubeola, paperas) pueden producir brote.

Se recomienda no realizar masaje, no aplicar crema ungüento o liquido en el sitio de la aplicación de la vacuna.

RECUERDE SIEMPRE: Llevar el carnet de vacunación al punto de atención para que la persona que lo atienda verifique los antecedentes y determine cuales vacunas quiere. Si usted es adulto y tiene su carnet infantil, llévelo. esta información es muy importante.

Consultar los efectos secundarios que pueden tener las vacunas que le son aplicadas y los cuidados relacionados que debe tener en casa para estar alerta y no olvide preguntar por su siguiente cita.

Durante la jornada se canalizan y vacunan los siguientes usuarios:
<table>
<tr><th>EDAD</th><th>CANTIDAD DE VACUNAS</th></tr>
<tr><td>2 MESES</td><td>1</td></tr>
<tr><td>4 MESES</td><td>0</td></tr>
<tr><td>6 MESES</td><td>0</td></tr>
<tr><td>1 AÑO</td><td>2</td></tr>
<tr><td>18 MESES</td><td>2</td></tr>
<tr><td>5 AÑOS</td><td>1</td></tr>
<tr><td>VPH</td><td>1</td></tr>
<tr><td>INFLUENZA ADULTO</td><td>3</td></tr>
<tr><td>ADULTO FIEBRE AMARILLA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>GESTANTE</td><td>2</td></tr>
<tr><td>TOTAL</td><td>30</td></tr>
</table>

<u>RECUERDE SIEMPRE</u>: Llevar el carnet de vacunación al punto de atención para que la persona que lo atienda verifique los antecedentes y determine cuales vacunas quiere.
Consultar los efectos secundarios que pueden tener las vacunas que le son aplicadas y los cuidados relacionados que debe tener en casa para estar alerta y no olvide preguntar por su siguiente cita.
</td></tr>
<tr><td>Hallazgos y Conclusiones</td><td>Inicialmente se encuentran barreras ya que se brinda la educación y se hace la invitación a las familias para que se hagan participes de la jornada de vacunación por otra parte los cuidadores manifiestan que los adultos se enferman pero también es bueno para prevenir enfermedades respiratorias</td></tr>
<tr><td>Aportes y Sugerencias</td><td>Los usuarios manifiestan continuar este tipo de jornadas de vacunación, ya que benefician también a las madres de los demás menores vacunados a excepción si el menor ha presentado o presenta fiebre en el momento de la</td></tr>
</table>

	visita. De esta forma, recomiendan hacer esto más seguido y educar a más madres de familia.	
	Registro Fotográfico	X
	Listado de Asistencia	X

Quien realiza la actividad

Lorena Patricia Galindo Lizcano
Gestora de Bienestar Integral
Hospital Ismael Silvania
Silvania Cundinamarca

REGISTRO FOTOGRAFICO









ALCALDIA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

MA: Apoyar según demanda los lineamientos nacionales y departamentales en las jornadas y campañas de vacunación que se realicen en articulación con la S.E Ismael Silva en el municipio.

FECHA: 24 DE ABRIL DEL 2026

GAR: BARRIOS DEL MUNICIPIO

ESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO — **HORA INICIO:** 8:00 AM

po do Identificacion: CC — **Número:** 35253981 — **CARGO:** GEBI PIC E.C.T — **HORA DE FIN:** 4:00 PM — **Firma**

digo -I10307 INFORMACION EN SALUD PARA LA PROMOCION DE LA VACUNACION EN LA POBLACION OBJETO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI

	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD		GRUPO ETNICO						DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable	ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No.	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Ninguno	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indigena	Física	Cognitiva	Sensorial	Mental	1. Migrante 2. Victima conflicto	SI	NO			R	U			
1	Ebaristo Acevedo	cc	5683152		x				x			08	04	45		SI X													x	Hogar	SILVANIA		x	Molino Rgo.	3023775	
2	Ana Salamanca	cc	51734374		x					x		30	9	74		SI													x	Hogar.	SILVANIA		x	Molinados	3196	
3	Elizabeth Niño	cc	51620933		x					x		2	7	60	N														x	Hogar.	SILVANIA		x	Alto Virgen	3138	
4	Blanca Cortes	cc	35412205		x					x		31	3	67		F													x	Hogar	SILVANIA		x	centro	3023	
5	Luis Torres Peq	cc	19179235		x				x			7	8	52		SS													x	Hogar:	SILVANIA		x	Tambo	3155	
6	Blanca Dilia Jeja	cc	41562440		x					x		12	10	52		SS													x	Hogar	SILVANIA		x	Tamboo	3155	
7	Juan Pablo Escobar	RC	1072498734.		x				x			30	04	25	X														x	Hogar.	SILVANIA		x	Kennedy.	3244226214	Maria Camila E
8	Escobar Bolaños Angel Alberto	RC	1138646 4		x				x			30	12	68	F														x	Independiente	SILVANIA		x	Kennedy	3102	
9	Maria Miriam Duarte.	cc	51619094.		x					x		10	07	60		Co.													x	Hogar.	SILVANIA		x	Kennedy	3203358676.	
10	Carmen Elvira Barraza.	CC	20927333		x					x		01	03	73	F														x	Hogar	SILVANIA		x	Kennedy.	3103273747	
11	Carlos Andres Linares Pedraza	TI	1072497068		x				x			21	01	16		F													x	Estudiante.	SILVANIA		x	Molino Rgo	3219089837	
12	Hannah Alany Valenzuela	RC	1206231963		x					x		13	03	26		NC.													x	Hogar	SILVANIA	x		Yayata Bajo	3003972764	
13	Eimy Sofia Rojo	RC	1072498697		x					x		06	10	24.		NE													x	Hogar	SILVANIA			Yayata	3115798385	
14	Joseph Paul Ortiz.	RC	1072498227		x				x			23	12	20		F													x	Estudiante.	SILVANIA		x	Alto Virgen	3014958216.	
15	Tana Alejandra Bello	cc	1193237974.		x					x		03	01	2009	F														x	Hogar	SILVANIA		x	Kennedy	3243672877	

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDIA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Municipio: SILVANIA		
Actividad: 3	PERIODO DE EJECUCION: 01 al 30 de Abril de 2026	Hora: 08:00 AM-04:00PM
Tema tratado: Realizar estrategias de identificación de niños, gestantes y adultos mayores sin esquemas de vacunación en los micro territorios asignados a cada una de las GEBIS y canalizarlos para los servicios de vacunación.		
CODIGO CUPS I30302-CARACTERIACIÓN DEL ENTORNO HOGAR		
Grupo beneficiario: Toda la población		Etapa de ciclo: 18 años en adelante
Lugar:Guayuribe	Población programada	Población cubierta
Micro territorios asignados a PIC	A DEMANDA	45
Objetivo General	Realizar visitas casa a casa educando a la población del municipio de Silvania sobre la importancia de Vacunación en casa" es la estrategia conjunta con la cual se busca garantizar los esquemas de vacunación completos y mejorar la cobertura en poblaciones como: niños entre cero y cinco años y personas a partir de los 60 años.	
Objetivos Específicos	• Aumentar la cobertura de vacunación en la población especialmente en los grupos más vulnerables como, niños, gestantes, adultos mayores. • Esta estrategia busca facilitar el acceso a las vacunas a personas que por diversas razones no se pueden acercar a los puestos de salud	
Recursos Utilizados	Talento Humano	Humanos: Gebi Material: Talento Humano
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	 Siendo las 08:00 de la mañana, me dirijo al micro territorio asignado, presentándome como Lorena Galindo gestora de bienestar integral, dirigida por la alcaldía municipal en conjunto con el hospital Ismael silva y secretaria de salud, realizando canalización y verificación del carnet de vacunas en niños, jóvenes, gestantes y adultos canalizando los usuarios que estén con esquemas inadecuados para la edad y así dejándolos con esquemas adecuados para la edad brindando educación sobre vacunación.	

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	El día 22 de Abril se realiza vacunación en la vereda de Noruega baja sector Guayuribe donde las Gestoras del micro territorio realizaron demanda y canalización a los usuarios para la jornada de vacunación en donde se aplican los biológicos: 15 influenza adulto. 1 menor de 1 año 1 menor de 18 meses 8 adultos para fiebre amarilla 2 menores para vph    

¿Qué es la vacunación?

La vacunación es una forma sencilla, inocua y eficaz de protegernos contra enfermedades dañinas antes de entrar en contacto con ellas. Las vacunas activan las defensas naturales del organismo para que aprendan a resistir a infecciones específicas, y fortalecen el sistema inmunitario.

Tras vacunarnos, nuestro sistema inmunitario produce anticuerpos, como ocurre cuando nos exponemos a una enfermedad, con la diferencia de que las vacunas contienen solamente microbios (como virus o bacterias) muertos o debilitados y no causan enfermedades ni complicaciones.

La mayoría de las vacunas se inyectan, pero otras se ingieren (vía oral) o se nebulizan en la nariz.

¿Cómo actúan las vacunas?

Las vacunas ponen en marcha las defensas naturales del organismo y, de ese modo, reducen el riesgo de contraer enfermedades. Actúan desencadenando una respuesta de nuestro sistema inmunitario, que:

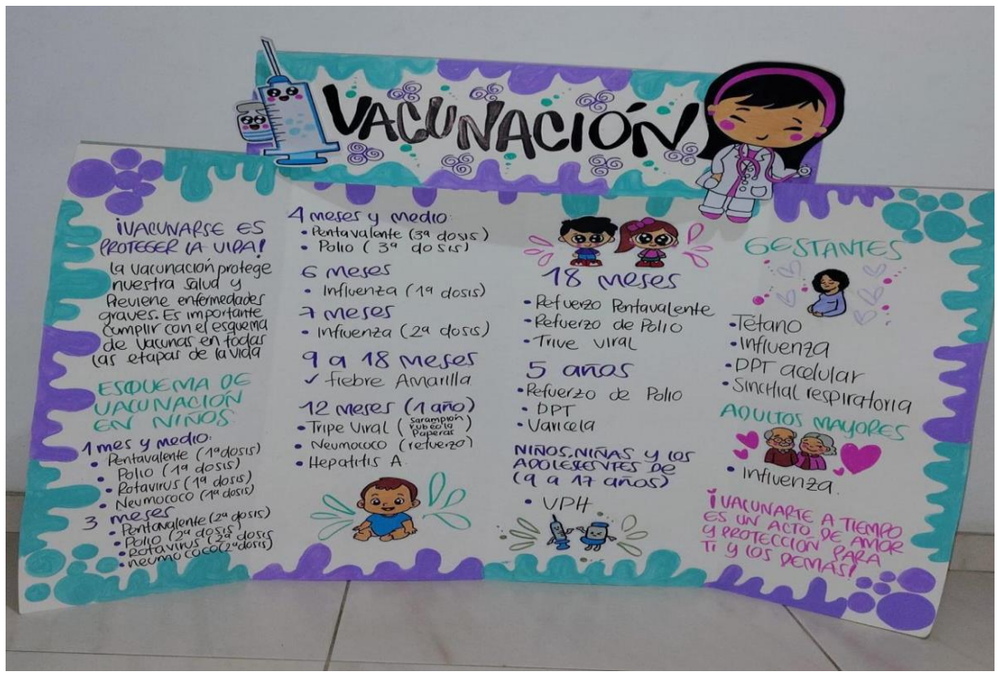
- reconoce al microbio invasor (por ejemplo, un virus o una bacteria);
- genera anticuerpos, que son proteínas que nuestro sistema inmunitario produce naturalmente para luchar contra las enfermedades;
- recuerda la enfermedad y el modo de combatirla. Si, en el futuro, nos vemos expuestos al microbio contra el que protege la vacuna, nuestro sistema inmunitario podrá destruirlo rápidamente antes de que empecemos a sentirnos mal.

En definitiva, las vacunas son una forma ingeniosa e inocua de inducir una respuesta inmunitaria sin causar enfermedades.

Nuestro sistema inmunitario está diseñado para recordar. Tras la administración de una o más dosis de una vacuna contra una enfermedad concreta, quedamos protegidos contra ella, normalmente durante años, décadas o incluso para toda la vida. Por eso las vacunas son tan eficaces: en vez de tratar una enfermedad cuando esta aparece, evitan que nos enfermemos.



	¿Por qué debo vacunarme? Si no nos vacunamos, corremos el riesgo de contraer enfermedades graves como el sarampión, la meningitis, la neumonía, el tétanos y la poliomielitis, muchas de las cuales pueden ser incapacitantes y mortales. Según los cálculos de la OMS, las vacunas infantiles salvan la vida de 4 millones de niños cada año. Aunque algunas enfermedades son actualmente poco frecuentes, los patógenos que las causan continúan circulando en todo el mundo o en partes de él. Hoy en día, las enfermedades infecciosas atraviesan fronteras con facilidad e infectan a las personas que no están protegidas. Las dos principales razones para vacunarse son protegernos a nosotros mismos y proteger a las personas que nos rodean. Puesto que no se puede vacunar a todas las personas —por ejemplo, no es recomendable para los recién nacidos, las personas gravemente enfermas y las que pueden presentar determinadas alergias—, al protegernos nosotros evitamos contagiarles enfermedades que se pueden prevenir mediante vacunación. **¿Cuál es el momento adecuado para vacunarse (yo o mi hijo)?** Las vacunas nos protegen durante toda la vida y en diferentes edades, desde el nacimiento hasta la edad infantil, durante la adolescencia y la edad adulta. La mayoría de los países proporcionan cartillas de vacunación, tanto a los niños como a los adultos, en las que se consignan las vacunas que han recibido y las nuevas vacunas o las dosis de refuerzo que se les deben administrar más adelante. Todos debemos asegurarnos de estar al día con la vacunación. Retrasar el momento de vacunarnos es correr el riesgo de enfermarnos gravemente. Si esperamos a hacerlo hasta arriesgarnos a exponernos a una enfermedad (por ejemplo, durante un brote), puede ser demasiado tarde para que la vacuna actúe y para recibir todas las dosis recomendadas. Si ha omitido alguna de las vacunas recomendadas para usted o su hijo, hable con su profesional de la salud para ponerse al d **¿Qué enfermedades previenen las vacunas?** Las vacunas protegen contra muchas enfermedades, entre ellas: • el cáncer cervicouterino • el cólera • la COVID-19 • la difteria • la encefalitis japonesa • la enfermedad por el virus del Ebola • la fiebre amarilla • la fiebre tifoidea • la hepatitis B • la gripe • las infecciones por rotavirus • la meningitis • la neumonía

	• las paperas • la poliomielitis • la rabia • la rubéola • el sarampión • el tétanos • la tosferina • la varicela  Actualmente se siguen desarrollando otras vacunas, y algunas de ellas ya se administran experimentalmente. Es el caso de las que protegen contra el virus Zika o contra el paludismo, que todavía no están disponibles en todo el mundo. Es posible que, en su país, no necesite todas estas vacunas. Algunas solo es necesario administrarlas en situaciones específicas: antes de viajar a determinados lugares, en las zonas de riesgo o cuando una persona corre un riesgo elevado de infectarse por motivos laborales. Los profesionales sanitarios le informarán de las vacunas que necesitan usted y su familia.
Hallazgos y Conclusiones	Se cumplió la actividad con las Gebis ya que son las encargadas de caracterizar y canalizar en las familias los usuarios que tengan esquemas inadecuados, para realizar la vacunación en casa dejándolos pacientes con esquemas adecuados para la edad. Se realizó demanda y educación a 45 usuarios de los cuales se canalizaron y vacunaron a 27 usuarios. Dejándolos al día con los esquemas de vacunación.
Aportes y Sugerencias	Continuar con los recorridos y las canalizaciones ya que hay familias que, por su trabajo, o su quehacer diario no pueden acercarse a los puntos de vacunación la comunidad queda agradecida y piden que las visitas sean mas continuas.

Lorena Patricia Galindo Lizcano
Gestora de Bienestar Integral pic
Hospital Ismael Silva
Silvania Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Realizar estrategias de identificación de niños, gestantes y adultos mayores sin esquemas de vacunacion en los microterritorios asignados a cada una de las GEBIS y canalizarlos para los servicios de vacunación.

FECHA: 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR: Mercado Nuevo Barrio

HORA INICIO: 8:00 AM

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO

HORA DE FIN: 4:00 PM

Tipo de Identificacion: CC | Número: 35253981 | CARGO: GEBI PIC E.C.T | Firma

Codigo - I30302-CARACTERIACIÓN DEL ENTORNO HOGAR

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD			GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable	ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No.	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indígena	Física	Cognitiva	Sensorial	otro	1. Migrante 2.Victima conflicto armado	SI	NO			R	U			
1.	PEDRO ANTONIO CASTILLO MONOZ	CC	11385938		X				X			4	03	66		X													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO B	3208972202	Pedro castillo
2.	LUIS ALVARO GARZON	CC	19726840		X				X			25	01	57		F													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO B	3133846516	Matilde G
3	matilde garzon	CC	20584241		X					X		14	3	52		F													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO B	3133846516	Matilde G
4	LILIANA NIETO	CC	1003653035		X					X		28	7	98		F													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO B	3133452545	Liliana
5	TATIANA RAMIREZ	RC	1069773238		X					X		13	8	20		F													X	MENOR	SILVANIA	X		NUEVO B	3133452545	Liliana
6	ANAMARIA DIAZ	RC	1069773491		X					X		17	10	20	T	F													X	MENOR	SILVANIA	X		NUEVO B	3214983492	Leidy Aviroma
7	LEIDY KATERIN AVIROMA	CC	1006239843		X					X		24	5	96		F													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO B	3214983492	Leidy Aviroma
8	ROSARIO PERDOMO	CC	52444947		X					X		8	11	99		N													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO B	3239878876	
9	EIDY MELISA PERDOMO	RC	1032515290		X					X		8	6	22		N													X	MENOR	SILVANIA	X		NUEVO B	3239878876	Rosario Perdomo
10	EILIN MELISA PERDOMO	RC	1032515291		X					X		8	6	22		N													X	MENOR	SILVANIA	X		NUEVO B	3239878876	
11	CINDY DAYANA ESPITIA	CC	1007185700		X					X		10	5	03		N													X	AGRICULTOR	SILVANIA	X		NUEVO B	3233710896	Cindy Espitia
12	MARIA TERESA MONOZ	CC	10942359		X					X		10	7	95		N													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO B	3125207559	Maria Teresa
13	DAYANA LIZETH CHAVEZ	CC	1022434138		X					X		15	3	98		F													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO B	3213326168	Lizeth Chavez
14	ANGEL VALENTINO HERRERA	RC	1069777384		X				X			26	8	24		F.													X	MENOR	SILVANIA	X		NUEVO B	3213316168	Lizeth Chavez
15	ARTURO HERRERA PEREIRA	CC	1031550908		X				X			28	5	98		f													X	AGRICULTOR	SILVANIA	X		NUEVO B	3213316168	Felix Herrera

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDIA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Realizar estrategias de identificación de niños, gestantes y adultos mayores sin esquemas de vacunacion en los microterritorios asignados a cada una de las GEBIS y canalizarlos para los servicios de vacunación.

FECHA: 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR: VEREDA NORUEGA BAJA

HORA INICIO: 8:00 AM

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO

HORA DE FIN: 4:00 PM

Tipo de Identificacion: CC **Número:** 35253981 **CARGO:** GEBI PIC E.C.T **Firma**

Codigo - I30302-CARACTERIACIÓN DEL ENTORNO HOGAR

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD				GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable	ESTADO GEBT ACCIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No.	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepcion	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indigena	Física	Cognitiva	Sensorial	otro	1. Migrante 2.Victima conflicto armado	SI	NO			R	U			
1	Olga Marina Castillo	cc	39679495		x					x		23	2	79	C															x	Hogar	SILVANIA	x		Noruega B	3014415814	Olga M castillo
2	Ashly Charlotte Hernandez casas	TI	1147356268		x					x		23	10	16	C															x	Estudia	SILVANIA	x		Noruega B	3014415814	Olga M castillo
3	Neil Stiven Zambrano casas	Rc	1069771767		x				x			2	7	19	C															x	Estudia	SILVANIA	x		Noruega B	3014415814	Olga M castillo
4	Gina Katerin casas	cc	1069754573		x					x		4	3	96	C															x	Hogar	SILVANIA	x		Noruega B	3014415814	Olga M castillo
5	Harol castillo Garcia	cc	1003518588		x				x			12	4	03	C															x	Estudia Empleado	SILVANIA	x		Noruega B	3229496288	Harol Castillo
6	Luz Yurelbi Martinez	CE	25559459		x					x		20	11	96				x												x	Hogar	SILVANIA	x		Noruega B	3202589322	Luz Martinez
7	Jair Elias Romero	Rc	1069771654		x				x			12	7	21		C														x	Estudia	SILVANIA	x		Noruega B	3202589322	Luz Martinez
8	Anderson David Martinez	Rc	1072498041		x				x			25	11	19		N														x	Estudia	SILVANIA	x		Noruega B	3202589322	Luz Martinez
9	Juan Carlos Gonzalez	cc	1073131848		x				x			2	10	97		ST														x	Agricultor	SILVANIA	x		Noruega B	3219467263	Juan Carlos G
10	Lidia Jasmin Beltran	cc	1072495557		x					x		5	8	93		C														x	Hogar	SILVANIA	x		Noruega B	3112654813	Lidia Beltran
11	Valeria Sanchez Rodriguez	cc	1072498691		x					x		5	12	94		C														x	Hogar	SILVANIA	x		Noruega B	3117654813	Niña Beltran
12	Desiderio Rodriguez	cc	13889755.		x				x			10	11	53																x	Hogar	SILVANIA	x		Noruega B	3102422404	Desiderio R
13	M. del Carmen Diaz Urrego	cc	20925951	67	x					x		10	7	59		N														x	Hogar	SILVANIA	x		Noruega B	3134420323	Maria del Carmen
14	Elsa Lilia Beltran Rodriguez	cc	51897401		x					x		14	3	67		C														x	Hogar	SILVANIA	x		Noruega B	3212232500	Elsa
15	Andres Katerin Beltran Rodriguez	cc	1192728752		x					x		8	7	02		C														x	Visitador	SILVANIA	x		Noruega B	3007503905	Andres B

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDIA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Realizar estrategias de identificación de niños, gestantes y adultos mayores sin esquemas de vacunacion en los microterritorios asignados a cada una de las GEBIS y canalizarlos para los servicios de vacunación.

FECHA: 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR: VEREDA NORUEGA BAJA

HORA INICIO: 8:00 AM

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO

HORA DE FIN: 4:00 PM

Tipo de Identificacion: CC | Número: 35253981 | **CARGO:** GEBI PIC E.C.T | Firma

Codigo - I30302-CARACTERIACION DEL ENTORNO HOGAR

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD				GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable		ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No.	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indígena	Física	Cognitiva	Sensorial	otro	1. Migrante 2.Victima conflicto armado		SI	NO			R	U			
1	LUIS EDUARDO VELASQUEZ	CC	385860		X				X			14	10	57		N														X	HOGAR	SILVANIA	X		NORUEGA B	3249899961	
2	ALBA LUCIA PISCO CASTILLO	CC	39618611		X					Y		01	11	67		F														X	HOGAR.	SILVANIA	X		NORUEGA B	3143468604	
3	JHAIR HERNAN JIMENEZ RIVA	CC	82393538		X				X			20	12	78	F															X	INGENIERO	SILVANIA		Y	BOGOTA B	3102993697	
4	ANA CONSUELO VELASQUEZ GARCIA	CC	53931488		X					X		5	11	84		C														X	HOGAR	SILVANIA	Y		NORUEGA B	3209483705	
5	JESUS ANTONIO GARCIA VELASQUEZ	TI / CC	73 / 19211417		X				X			10	4	53		C														X	PANADERO.	SILVANIA	X		NORUEGA B	3115846271	
6	KATHERINE PEREZ FLOREZ	CC	32612885		X					X		18	4	06				X												X	HOGAR	SILVANIA	X		NORUEGA B	3212921929	KATHERINE P
7	DARIEN JOSE DELGADO PEREZ	RC	1093932492		X				X			4	8	25		N														X	MENOR.	SILVANIA	X		NORUEGA B	3212921929	KATHERINE P.
8	JEIMMY ANDREA GARCIA	CC	52879067		X					F		23	10	83		F														X	HOGAR.	SILVANIA	X		NORUEGA B	3132832247	ANDREA GARCIA
9	ANGELIZ SARAHI GUILLENS	TI	1072495934		X					X		12	8	12		F														X	ESTUDIA	SILVANIA	X		NORUEGA B	3132832247	SARAHI GUILLENS
10	TERESA HENAO CHAVARRO	CC	20942389		X					X		10	7	85		N														X	HOGAR	SILVANIA	X		NORUEGA B	3125207838	TERESA H
11	SIRLEN SAMANTHA SANABRIA	TI	1106309692		X					X		23	12	16		N														X	ESTUDIA	SILVANIA	X		NORUEGA B	3125207838	TERESA H
12	ASLY MICHELL SANABRIA	TI	1072105314		X					X		21	4	11		N														X	ESTUDIA	SILVANIA	X		NORUEGA B	3125207838	TERESA H.
13	ANGIE ROCIO PISCO	CC	1072496390		X					X		9	12	95		N														X	HOGAR	SILVANIA	X		NORUEGA B	3105106303	ANGI PISCO
14	ANA SOFIA MORALES PISCO	TI	1069749164		X					X		21	10	12		N														X	ESTUDIA	SILVANIA	X		NORUEGA B	3105106303	ANGI PISCO
15	JUAN DIEGO PISCO CASTILLO	RC	1069774152		X				X			21	3	21		N														X	MENOR.	SILVANIA	X		NORUEGA B	3105106303	ANGI PISCO

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL
ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

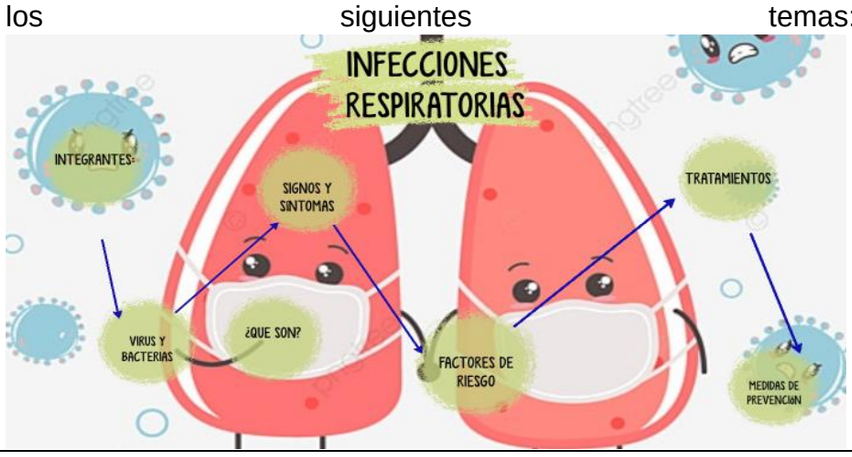
ACTA

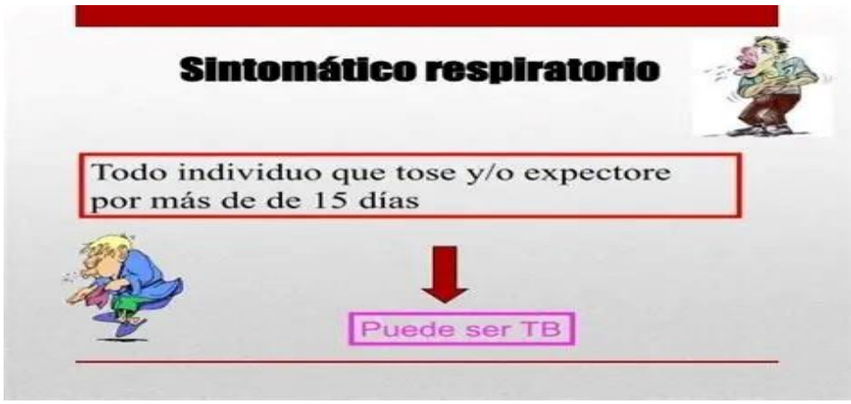
INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

Municipio: Silvania			
Actividad: 4	PERIODO DE EJECUCION: Del 01 al 30 de Abril del 2026	Hora: 8:00 am a 4:00pm	
Tema tratado : Realizar búsqueda de Sintomatico Respiratorio, Sintomatico de Piel y Sistema Nervioso Periférico fortaleciendo la demanda inducida en poblaciones vulnerables			
CODIGO CUPS I10301-INFORMACIÓN EN SALUD EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMITIDAS POR VIA AEREA Y CONTACTO DIRECTO.			
Grupo beneficiario: Todos los ciclos		Etapa de ciclo: De 0 a 60 y más años	
Lugar: Vereda	Población programada	Población cubierta	
Barrio y Veredas del Municipio	A demanda	30	

Objetivo General	Realizar educación a la población en general de las veredas, y los Barrios del Municipio sobre Sintomáticos Respiratorios, Sistema Nervioso Periférico, Sintomáticos de Piel signos y síntomas y su prevención.		
Objetivos Específicos	• Informar a la población de los Micro territorios para los cuidados que debemos tener en casa con enfoque orientadas al reconocimiento temprano de la enfermedad • Educar a la población de la atención oportuna al tratamiento de las personas afectadas.		
Recursos Utilizados	Técnicos Formatos	Humanos Gebi y apoyo en vacunacion.	Material: Formatos
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Siendo las 8:00am me reúno con la comunidad de los diferentes Barrio y Veredas del Municipio en donde me presento como Lorena Galindo Gestora de Bienestar Integral con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la Alcaldía Municipal, Secretaria de Salud, y Hospital Ismael Silva, del municipio de Silvania donde se brinda educación sobre sintomáticos respiratorios, Sintomatico de Piel, sistema nervioso periférico para socializar dicho tema, en la siguiente información doy a conocer los siguientes temas: 		



QUE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO

Es toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días. Se considera sospechoso de Tuberculosis y debe practicársele la bacilos copia seriada de esputo (3 muestras), independientemente de la causa de consulta principal.

Los grupos en los que se encuentran más casos de Tuberculosis son: Contactos (convivientes) de enfermos pulmonares bacilíferos, especialmente niños y jóvenes. **Sintomáticos Respiratorios** (SR)



CUALES SON LOS SINTOMAS:



¿Qué es Sintomatico de piel?

Sintomáticos de piel (SP). Persona con cualquier tipo de lesión cutánea, anestésicas o hiperestésicas, hipo pigmentadas o rojizas, bien delimitadas o con brotes difuso- , no congénita, diferente a cicatriz; sea o no su motivo de consulta, de larga duración y que no haya respondido a tratamientos previos.

Las infecciones cutáneas son la causa más frecuente de consulta dermatológica pediátrica. De acuerdo con el mecanismo y la forma de presentación, pueden ser primarias, secundarias (sobreinfecciones) o mediadas por toxinas, y **se clasifican**, según su etiología, en bacterianas, micóticas y virales.

¿Cuáles son las alteraciones en la piel?
Las **alteraciones de la piel** son todas aquellas lesiones sobre la dermis que producen modificaciones del color y pueden ser el signo de una enfermedad. La **piel** es el órgano más extenso del cuerpo humano, lo recubre por completo y su principal función es protegerlo de las agresiones externas.



¿Que el sistema nervioso periférico?



El término sistema nervioso periférico hace referencia a las partes del sistema nervioso que están fuera del sistema nervioso central, es decir, que están fuera del encéfalo y de la médula espinal. El sistema nervioso periférico es, junto con el sistema nervioso central, una de las dos divisiones del sistema nervioso. El sistema nervioso periférico está formado por los nervios, ganglios nerviosos que se extienden fuera del sistema nervioso central.

¿Que dirige el sistema nervioso periférico?
La función principal del **sistema nervioso periférico** es conectar los estímulos que recibe el cuerpo: externos, internos y propioceptivos (sentir la disposición de los diferentes órganos), con el **sistema nervioso** central, y a éste a su vez con los órganos, aparatos o **sistemas** del organismo,

¿Cuáles son los síntomas de los trastornos de los nervios periféricos?
Músculos débiles o adoloridos.
Problemas con el equilibrio, caminar o usar brazos o manos.
Calambres o espasmos musculares.
Contracción muscular.

QUE ES EL LAVADO DE MANOS: El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

CUANTO DEBE DURAR EL LAVADO DE MANOS Para el lavado la duración de la frotación de las manos con agua y jabón debe ser de 15 segundos más el tiempo necesario para el enjuagado y posterior secado. La fricción de las manos con

	preparados de base alcohólica debe mantenerse hasta que las manos estén completamente secas. 
Hallazgos y Conclusiones	Los usuarios se sienten muy agradecidos ya que con estos espacios tienen conocimiento sobre muchas enfermedades que no conocen en su mayoría se permite dar la adecuada información, teniendo en cuenta que una parte de la población no

	acepta el ingreso del personal de salud por precauciones en su hogar, durante la educación se canalizan 30 usuarios los cuales no presentan algún signo u síntoma para Sintomatico respiratorio, no se encuentran personas con Sintomatico de piel, ni Sintomatico nervioso periférico.	
Aportes y sugerencias	La población refiere el agradecimiento con el personal de salud y entes territoriales, ya que es importante brindar esta educación a personas que aún no tienen el conocimiento de los signos y síntomas de estas enfermedades.	
	Formatos	x
	Registro fotográfico	X
	Acta	x

PERSONA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD

Lorena Patricia Galindo Lizcano
Gestora de Bienestar Integral pic
Hospital Ismael Silvania
Silvania Cundinamarca

REGISTRO FOTOGRAFICO





ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL
ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

SECRETARIA DE SALUD

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA	Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca	PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
		CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Realizar búsqueda de Sintomáticos Respiratorios, Sintomáticos de piel y Sitema Nervioso Periferico fortaleciendo la demanda inducida en poblaciónes vulnerables.

FECHA: 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR:

HORA INICIO: 8:00 AM

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO

HORA DE FIN: 4:00 PM

Tipo de Identificacion: CC | **Número:** 35253981 | **CARGO:** GEBI PIC E.C.T | **Firma**

Codigo - CUPS: I10301-INFORMACION EN SALUD EN PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMITIDAS POR VIA AEREA Y CONTACTO DIRECTO.

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD			GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable	ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indígena	Física	Cognitiva	Sensorial	otro	1. Migrante 2.Victima conflicto armado	SI	NO			R	U			
1	Maria del carmen Vargas de Diaz	67 CC	20925951		X					X		10	7	59		N													X	Hogar	SILVANIA	X		Noruega B	3134420323	Mariadiaz
2	Elsa Lilia Beltran Rodriguez	59 CC	51897401		X					X		14	3	67		F													X	Hogar.	SILVANIA	X		Noruega B	3212332500	Elsa
3	Andrea Katerin Beltran Rodriguez	23 CC	1192728752		X					X		8	7	02		F													X	cuidadora	SILVANIA	X		Noruega B	3007503905	Andrea B
4	Luis Alvaro Garzon	69 CC	19726840		X				X			25	01	57		F													X	Hogar	SILVANIA	X		Noruega B	3133846516	Matilde G
5	Matilde Garzon	94 CC	20584241		X					X		14	3	52		F													X	Hogar.	SILVANIA	X		Noruega B	3133846516	Matilde G
6	Manuel castillo Castillo	63 CC	77382931		X				X			29	5	63		N													X	Hogar.	SILVANIA	X		Q. Honda	3118821436	Madrid R.
7	Maria Bonilla Rojas	55 CC	42142339		X					X		23	7	71		N													X	Hogar.	SILVANIA	X		Q. Honda	3118241436	Maria Bonilla
8	Miriam Stella Vargas Lora	73 CC	41607241		X					X		01	11	53	SS														X	Hogar	SILVANIA		X	Holmedo	3178618104	Miriam Lora
9	Adelo Acosta	67 CC	20925927		X					X		18	7	59		F													X	Hogar	SILVANIA		X	Hdno rojo	3234361811	Adela Acosta
10	Nohemi Cruz.	65 CC	20925982		X					X		28	3	61		N													X	Hogar	SILVANIA	X		Panama	3112674191	Holman B
11	Natividad Sanchez Medellin	94 CC	41569953		X					X		10	12	52		S													X	Hogar.	SILVANIA		X	Centro	3174247111	
12	Tomas Herrera Romero	76 CC	79308256		X				1			11	11	50		N													X	ocacionales	SILVANIA	X		panama	3112674191	Jose Herrera
13	Angie Sierra	31 CC	1069753414		X					X		20	03	95		NE													X	Estilista.	SILVANIA		X	los Andes	3125503211	Angie Sierra
14	Sigifredo Rios	90 CC	2305569		X				X			26	10	36		N													X	Hogar.	SILVANIA		X	Altovirgen	3123204344	Sigifredo Rios
15	Miguel Angel Melo	34 CC	1028497446		X				X			15	4	72		F													X	Hogar.	SILVANIA		X	Altovirgen	3208342444	Miguel Melo

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA	HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E. Silvania - Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
		CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Realizar búsqueda de Sintomáticos Respiratorios, Sintomáticos de piel y Sitema Nervioso Periferico fortaleciendo la demanda inducida en poblaciónes vulnerables.			**FECHA:** 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026
LUGAR:			**HORA INICIO:** 8:00 AM
RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos):	LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO		**HORA DE FIN:** 4:00 PM
Tipo de identificacion: CC	**Número:** 35253981	**CARGO:** GEBI PIC E.C.T	**Firma**

Codigo - CUPS: I10301-INFORMACIÓN EN SALUD EN PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMITIDAS POR VÍA AEREA Y CONTACTO DIRECTO.

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD				GRUPO ETNICO						DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable	ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indigena	Física	Cognitiva	Sensorial	otro	1. Migrante 2.Victima conflicto armado	SI	NO			R	U			
1	Eduardo Avendaño	TI CC	568 3152		X				X			08	04	48		X (S1)														X	Hogar	SILVANIA		X	Molino Rojo	3023775259	
2	Ana Salamanca	52 CC	51734374		X					X		30	09	74		X (S1)														X	Independiente	SILVANIA		X	AHoVirgen	3196106362	
3	Elizabeth niño	66 CC	51620933		X					X		02	07	60	X (S2)															X	Hogar	SILVANIA		X	Alto Virgen	3138013596	
4	Blanca Cortes	59 CC	35412205		X					X		31	05	67		X (F1)														X	Hogar	SILVANIA		X	Centro	3232506665	
5	Luis Torres Rey	64 CC	19179735		X				X	/		01	08	52		S5														X	Hogar	SILVANIA		X	Tambo	3155509870	
6	Blanca Dilia Jaya	64 CC	41562440		X					X		12	10	52		S5														X	Hogar	SILVANIA		X	Tambo	3155506	
7	Maria Leonor Gl	62 CC	40022332		X					X		30	12	64			X													X	hogar	SILVANIA		X	Kennedy	3133211 67	
8	Javier Vargas	45 CC	19451980		X				X			20	10	81			X													X	hogar	SILVANIA		X	Kennedy	316531 9353	
9	Yuzmin Maroquin	29 CC	1069759491		X					X		18	06	97		X														X	Auxiliar	SILVANIA		X	Kennedy	320944 0240	
10	Tatiana Maroquin	27 CC	1074536762		X					X		27	03	99		X														X	hogar	SILVANIA		X	Kennedy	322717 208 1	
11	Juan de Dios Garnica	81 CC	5831220		X				X			01	04	43		X														X	Independ	SILVANIA		X	Mercado	321349 85 62	
12	Angie Natalia Mur	22 CC	1104068113		X					X		30	05	04	X															X	hogar	SILVANIA		X	Yaguata	3186462420	
13	Jhonatan Bohano	26 CC	1001205136		X				X			30	08	2000	X															X	Auxiliar	SILVANIA		X	Yaguata	3154 4	
14	Yana Lady Ramos	39 CC	51883475		X					X		25	1	67		N														X	Hoger	SILVANIA		X	progreso	3124570233	
15	Laura Tatiana Moreno	31 CC	1110116348		X					X		12	01	95		N														X	Estudia	SILVANIA		X	progreso.	3502839224	

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 22 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Luis Alvaro Garzon				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 19726840				Edad en años cumplidos: 69
Municipio: Silvania	Dirección: Noruega			Teléfono: 3133846516	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Famisanar.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural _____ Rural disperso X Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	6

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 22 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Andrea Katerin Beltran Rodriguez.				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 1192728752				Edad en años cumplidos: 23
Municipio: Silvania	Dirección: Noruega			Teléfono: 3007503905	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	famisanar.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural _____ Rural disperso 4 Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO ☒ SI ☐ ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO ☒ SI ☐
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO ☒ SI ☐ ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO ☒ SI ☐ ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe ☐ NO ☒ SI ☐
14. ¿Con cuantas personas convive?	4

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 22 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Elsalilia Beltran Rodriguez.				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación)	☒ (C.C.)	☐ (R.C)	☐ (Cédula Extranjería)	Edad en años cumplidos: 59
	Número de documento: 51897401				
Municipio: Silvania	Dirección: Noruega			Teléfono: 3212332500	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy	2. Indígena.	3. Mestizo.	4. Rom	5. Raizal
	6. Palenquero.	7. Negro, mulato, afrodescendiente	Otro, ¿Cuál? _____		

4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
		X			
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Famisanar				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural _____ Rural disperso X Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	☒ NO ☐ SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	☒ NO ☐ SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	☒ NO ☐ SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	☒ NO ☐ SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	☐ No sabe ☒ NO ☐ SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	3

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 28 (Mes) 04 (Año) 2026 Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	María del Carmen Vargas Diaz.				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 20925951				Edad en años cumplidos: 67
Municipio: Silvania	Dirección: Noruega			Teléfono: 3134420323.	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural _____ Rural disperso X Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	5

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____		Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin signos respiratorios

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 22 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Matilde Garzon				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 20584241				Edad en años cumplidos: 74
Municipio: Silvania	Dirección: Noruega			Teléfono: 3133846516	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	famisanar.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural _____ Rural disperso X Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	5

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuaria sin síntoma respiratorio.

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 24 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Manuel Castillo Cubillos.				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 11382931				Edad en años cumplidos: 63
Municipio: Silvania	Dirección: Quebrada Honda			Teléfono: 3118921436	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural X Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

3. Antecedentes de Tuberculosis			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintoma Respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	Personas - VIH - Inmunosupresión	Población Vulnerable	Niños(as) < de 15 años
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

Que Progresar EN SALUD

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 24 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Angel Alberto Escobar Rojo				
2. Documento de Identificación:	(Sin identificación) ☐ (C.C.) X (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) ☐ Número de documento: 11386464				Edad en años cumplidos: 58
Municipio: Silvania	Dirección: Kennedy			Teléfono: 3107446548	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo X	Régimen Subsidiado	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	famisanar.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	6

15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO X Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO X	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO X Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO X

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO X

Observaciones: Usuario sin sintomatico respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

Que Progresar EN SALUD

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 24 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Miguel Angel Melo				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 1028497446				Edad en años cumplidos: 72
Municipio: Silvania	Dirección: Alto de la virgen			Teléfono: 3208342949	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	famisanar.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra____ ¿Cuál?_____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: usuario sin sintoma respiratorio.

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

Que Progresar EN SALUD

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 24 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Sigifredo Rios Restrepo				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 2305569				Edad en años cumplidos: 96
Municipio: Silvania	Dirección: Alto de la virgen			Teléfono: 3123204344	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin síntoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

Que Progresar EN SALUD

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 24 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente				
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	José Tobías Barrera Romero			
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 79308256			Edad en años cumplidos: 76
Municipio: Silvania	Dirección: San José		Teléfono: 3112674191	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____			
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio) / Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS.			

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural X Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	3

15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO X Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin síntoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	Personas – VIH - Inmunosupresión	Población Vulnerable	Niños(as) < de 15 años
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

Que Progresar EN SALUD

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 24 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Natividad Sanchez Medellin.				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 41569953				Edad en años cumplidos: 74
Municipio: Silvana	Dirección: Centro			Teléfono: 3174247111	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo X	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Servisalud				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO X SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO X SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO X SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO X SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe X NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	1

15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin síntoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

Que Progrese
EN SALUD

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 24 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Norma Ines Cruz.				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 20925982				Edad en años cumplidos: 65
Municipio: Silvania	Dirección: San José.			Teléfono: 3112674191	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural X Rural disperso _____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	3

15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 24 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Adela Acosta				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 20925927				Edad en años cumplidos: 67
Municipio: Silvania	Dirección: Molino Rojo			Teléfono:	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Famisanar.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin síntoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 24 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Miriam stella lara vargas.				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 41706241				Edad en años cumplidos: 73
Municipio: Silvania	Dirección: Molino Rojo			Teléfono: 3128618104	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo X	Régimen Subsidiado	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Sanitas.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	1

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin síntoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 24 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Maria Ramirez Rojas				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 42142339				Edad en años cumplidos: 55
Municipio: Silvania	Dirección: Quebrada Honda			Teléfono: 3118921436.	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural X Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Ebanisto Avendaño				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 5683152				Edad en años cumplidos: 78
Municipio: Silvania	Dirección: Molino Bajo			Teléfono: 3023775754	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Salud total				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO X SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? ____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO X SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO X SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO X SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO X SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	[redacted]	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintomatología respiratoria

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Blanca Dilia Joya				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 41562440				Edad en años cumplidos: 64
Municipio: Silvania	Dirección: Tamboo			Teléfono: 3155506420	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo X	Régimen Subsidiado	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Sanitas				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	☒ NO ☐ SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	☒ NO ☐ SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	☒ NO ☐ SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	☒ NO ☐ SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	☐ No sabe ☒ NO ☐ SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	_____	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: usuario no presenta sintoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Luis Torres Rey				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 19179235				Edad en años cumplidos: 64
Municipio: Silvania	Dirección: Tambo			Teléfono: 3155506420	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo X	Régimen Subsidiado	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva Salud				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión ____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	☒ NO ☐ SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	☒ NO ☐ SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	☒ NO ☐ SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	☒ NO ☐ SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	☐ No sabe ☒ NO ☐ SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: paciente sin sintomatología respiratoria.

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Blanca Cortes				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 35412205				Edad en años cumplidos: 59
Municipio: Silvania	Dirección: Centro			Teléfono: 3023250865.	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	famisanar.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	3

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintomatología respiratoria

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Elizabeth Niño				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 51620933				Edad en años cumplidos: 66
Municipio: Silvania	Dirección: Alto de la Virgen			Teléfono: 3138017596	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud ____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	5

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: usuario sin sintomatología respiratoria

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Ana salamanca				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 51734374				Edad en años cumplidos: 52
Municipio: Silvania	Dirección: Alto de la virgen			Teléfono: 3196106362	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Salud total				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	4

3. Antecedentes de Tuberculosis			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: usuaria sin sintomatologia respiratoria

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Juan de Dios Yama				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 5831220				Edad en años cumplidos: 81
Municipio: Silvania	Dirección: Molino Rojo			Teléfono: 3213498562	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Famisanar.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? ____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2025

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Tatiana Navarquin				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 1071576762				Edad en años cumplidos: 27
Municipio: Silvania	Dirección: Yaucha			Teléfono: 3227172011	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Famisanar.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural X Rural disperso _____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	5

3. Antecedentes de Tuberculosis			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintomatología respiratoria

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Jazmin Mahecha				
2. Documento de identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 1069759491				Edad en años cumplidos: 29
Municipio: Silvania	Dirección: Yayata			Teléfono: 3209440240	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado ↑	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	famisanar.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural _____ Rural disperso X Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO ☐ SI ☐ ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO ☐ SI ☐
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO ☐ SI ☐ ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO ☐ SI ☐ ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe ☐ NO ☐ SI ☐
14. ¿Con cuantas personas convive?	5

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: usuario sin sintomatología Respiratoria

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Javier Vargas				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 19457980				Edad en años cumplidos: 65
Municipio: Silvania	Dirección: Kennedy			Teléfono: 3165399353	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	☒ No ☐ SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	☒ No ☐ SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	☒ No ☐ SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	☒ No ☐ SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	☐ No sabe ☒ No ☐ SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	_____	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintomatología respiratoria

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Mana Leonor Gil				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 40022332				Edad en años cumplidos: 62
Municipio: Silvania	Dirección: Kennedy			Teléfono: 3133217167	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural ____ Rural disperso ____ Inmunosupresión ____ Privado de Libertad ____ Habitante de Calle ____ Migrantes ____ Trabajadores de salud ____ Niños menores de 15 años ____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? ____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	2

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: usuario sin sintomatologia respiratoria

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	laura tatiana moreno				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 1101116348				Edad en años cumplidos: 31
Municipio: Silvania	Dirección: progreso			Teléfono: 3502839224	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general X Rural _____ Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	3

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin signos respiratorios

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	María Lady Ramos				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación)	☒ (C.C.)	☐ (R.C)	☐ (Cédula Extranjería)	Edad en años cumplidos: 59
	Número de documento: 51883475.				
Municipio: Silvania	Dirección: Progreso			Teléfono: 3124570233	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy	2. Indígena.	3. Mestizo.	4. Rom	5. Raizal
	6. Palenquero.	7. Negro, mulato, afrodescendiente	Otro, ¿Cuál? _____		
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS.				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general 4 Rural ____ Rural disperso ____ Inmunosupresión ____ Privado de Libertad ____ Habitante de Calle ____ Migrantes ____ Trabajadores de salud ____ Niños menores de 15 años ____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? ____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	3

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2016

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Jonathan Barbero				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 1001205136				Edad en años cumplidos: 26
Municipio: Silvania	Dirección: Yayata			Teléfono: 3154078648	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	NUEVA EPS				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural X Rural disperso _____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	4

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin sintoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD – GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA TUBERCULOSIS Y HANSEN

ENCUESTA 1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Fecha: (Día) 25 (Mes) 04 (Año) 2026

Nombre y Apellidos del Encuestador: Lorena Galindo

1. Información general del paciente					
1. Nombre y Apellido(s) del Paciente:	Angie Natalia Nora				
2. Documento de Identificación:	☐ (Sin identificación) ☒ (C.C.) ☐ (R.C) ☐ (Cédula Extranjería) Número de documento: 1109068173				Edad en años cumplidos: 22
Municipio: Silvania	Dirección: Yayata			Teléfono: 3180962420	
3. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgo físico, usted es o se reconoce como (Marque con una X)	1. Blanco. Uy 2. Indígena. 3. Mestizo. 4. Rom 5. Raizal 6. Palenquero. 7. Negro, mulato, afrodescendiente Otro, ¿Cuál? _____				
4. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Marque con una X)	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado X	No afiliado	Régimen Especial (Ejercito, Policía, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)	Vinculado (SISBEN)
5. Nombre de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que pertenece	Nueva EPS				

2. Criterios de clasificación de sintomático respiratorio	
6. Tipo de población (marque con una X al tipo de población que pertenezca). (Tener en cuenta la definiciones de sintomático respiratorio según el tipo de población, las cuales se encuentran al final de la encuesta).	Población general _____ Rural X Rural disperso ____ Inmunosupresión _____ Privado de Libertad _____ Habitante de Calle _____ Migrantes _____ Trabajadores de salud _____ Niños menores de 15 años _____
7. ¿Ha tenido tos en los últimos 15 días? (Por	NO SI ¿Cuantos días seguidos lleva con la tos? _____
8. Ha presentado tos con o sin expectoración de cualquier tiempo de duración? (aplica solo para población vulnerable).	NO SI
9. Si es población vulnerable: ha presentado perdida peso, fiebre y/o sudoración?	NO SI ¿Cuál?
10. Si es menor de 15 años ha presentado pérdida de peso o no ganancia del mismo y/o alteración actividad psicomotriz (no juega, no se mueve, entre otros)	
11. ¿Presencia de expectoración?	NO SI ¿Cuantos días con expectoración? _____
12. ¿Cómo es la expectoración?	Blanca _____ Amarilla _____ Purulenta _____ Con sangre _____
13. Vive con alguna persona que tenga o haya tenido tuberculosis.	No sabe NO SI
14. ¿Con cuantas personas convive?	4

3. **Antecedentes de Tuberculosis**			
15. ¿Alguna vez ha sufrido de TB?	No sabe Pase a la pregunta 20	NO Pase a la pregunta 20	SI Responda las preguntas 16, 17, 18, 19
16. Hace cuánto tiempo (en meses)	Meses	No sabe	
17. ¿Tomó tratamiento anti-TB previamente?	NO	SI	¿Cuáles medicamentos tomo?
18. ¿Actualmente está tomando tratamiento anti-TB?	NO Pase a la pregunta 20	SI	¿Recuerda la fecha del inicio del TTO? *(mes/año):*
19. ¿Ha interrumpido el tratamiento anti-TB actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
20. ¿En su familia alguien ha tenido Tuberculosis?	No sabe	NO	SI
21. ¿Le han realizado la prueba del VIH/SIDA?	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda las preguntas 22, 23, 24, 25
22. ¿Cuál fue el resultado de la prueba?	No sabe	Neg	Pos
23. ¿Hace cuánto tiempo (en meses) que le hicieron la prueba?	_____ meses		
24. Actualmente está tomando terapia antirretroviral	No sabe Pase a la pregunta 26	NO Pase a la pregunta 26	SI Responda la pregunta 25
25. ¿Ha interrumpido el tratamiento antirretroviral actual?	NO	SI	¿Hace cuánto lo interrumpió? *(mes/año):*
26. ¿ Presenta alguna de las siguientes condiciones de salud?	Lupus Eritematoso ____ Artritis____ Diabetes____ Cáncer de algún tipo ___ Recibe corticoides____	Silicosis____ Enfermedad renal crónica ___ Enfermedad hepática _____ EPOC _____ Desnutrición _____ COVID-19____ Otra ____ ¿Cuál? _____	

27. Diagnóstico de Sintomático respiratorio: SI NO

28.Indicar institución de salud a donde se canaliza el paciente (si cumple con el criterio de sintomático respiratorio): _____

_____

29. Canalización efectiva:

SI NO

Observaciones: Usuario sin síntoma respiratorio

Tener en cuenta las definiciones programáticas de sintomáticos respiratorios según tipo de población.

Población General	**Personas – VIH - Inmunosupresión**	**Población Vulnerable**	**Niños(as) < de 15 años**
Toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días	Persona quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración	En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días. Cuando poseen difícil acceso se puede tomar menos tiempo.	Los síntomas clínicos más relevantes para sospechar TB son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con TB

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Municipio: SILVANIA		
Actividad:5	PERIODO DE EJECUCION: 24 de Abril del 2026	Hora: 8::00 am a 9:00 am
Tema tratado y/o Actividad: Desarrollar estrategias de información y comunicación a través de medios masivos, urbanos y rurales, que movilicen a los padres de familia, cuidadores y la comunidad en general a vacunarse, y a vacunar a sus hijos con los biológicos del esquema nacional de vacunación.		
CODIGO CUPS I10307_INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI		
Grupo beneficiario: TODOS LOS CICLOS		Etapa de ciclo: 0 A 60 AÑOS
Lugar:	Población programada	Población cubierta
Emisora María Auxiliadora	A demanda	A demanda

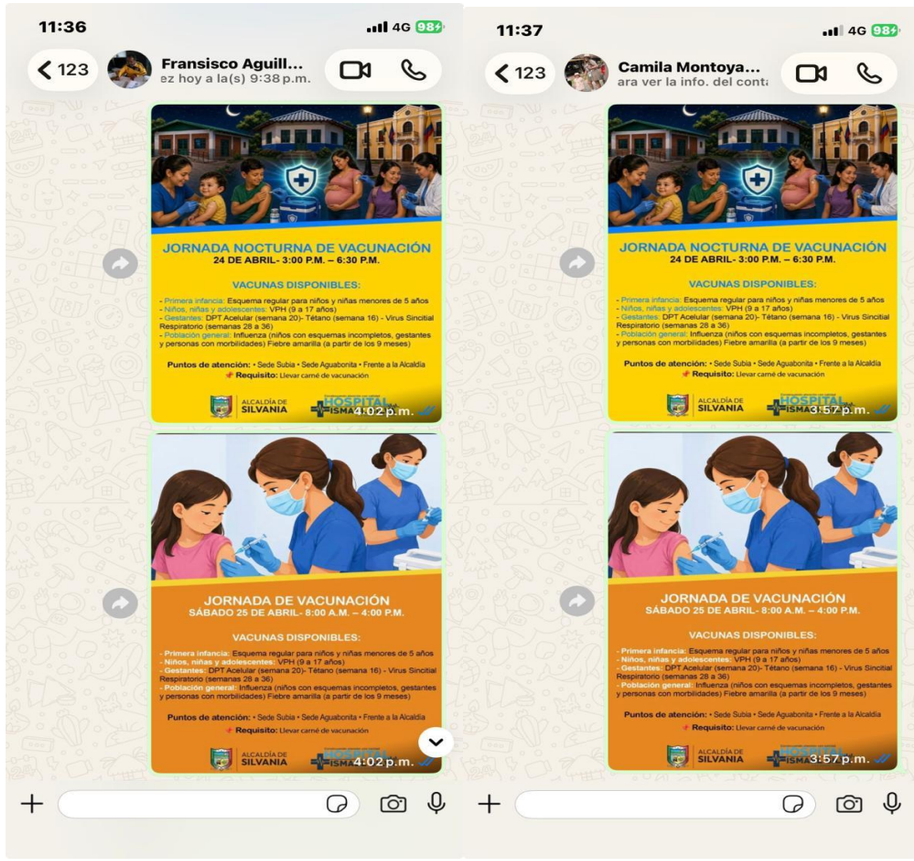
Objetivo General	Erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, contempladas en el esquema del PAI adoptado para Colombia, con el fin de interrumpir la cadena de transmisión la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas, en la población menor de cinco (5) años, niñas y niños de 9 años para el VPH, mujeres en edad fértil, gestantes, adulto mayor y grupos en riesgo a través de la vacunación.		
Objetivos Específicos	• Garantizar la disponibilidad de las vacunas de los esquemas nacionales de vacunación mediante una adecuada programación. • Garantizar la vacunación gratuita a los usuarios, en toda la red de prestadores de servicios de salud, en horarios adecuados y oportunos para la población objeto del PAI. • Promover la equidad y el acceso a la vacunación • Promover la vacunación del niño, la gestante el adulto y la familia. • Realizar los barridos casa a casa para verificar carnet y completar esquemas. • Identificar los menores de 2 meses para continuar el esquema.		
Recursos Utilizados	Educación y información a grupos de infancia	Humanos: GEBI	Material: Termo, Vacunas e implementos de seguridad.
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	El 24 de Abril del año en curso me presento como Lorena Galindo Gestora de Bienestar Integral por parte de la Alcaldia Municipal y el Hospital Ismael Silva con el coordinador de la Emisora María Auxiliadora el señor Jorman y Andrés Bejarano de prensa de la Alcaldía Municipal para brindar información a la comunidad silvanense sobre las jornadas de vacunación que se van a estar realizando los días 24 y 25 de Abril del 2026 ya que se realiza la jornada de las Américas donde se hace el lanzamiento de la sepa de la vacuna influenza del año 2026 para adultos mayores y niños de los 6 meses a los 23 meses y 29 días, de igual manera se ofertan todos los biológicos contemplados en el esquema de vacunación ya que en el momento el Municipio se encuentra con todas las vacunas, también se realiza la difusión por los diferentes grupos de WhatsApp como al presidente de juntas el señor Francisco Aguilón, fundación nueva era ecológica, jefes de Equipos básicos, Gestoras del Pic, quien muy amablemente colaboran con la publicación del flayer de cómo cuidar a nuestros hijos de los diferentes estados de clima para prevenir infecciones respiratorias agudas.		

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

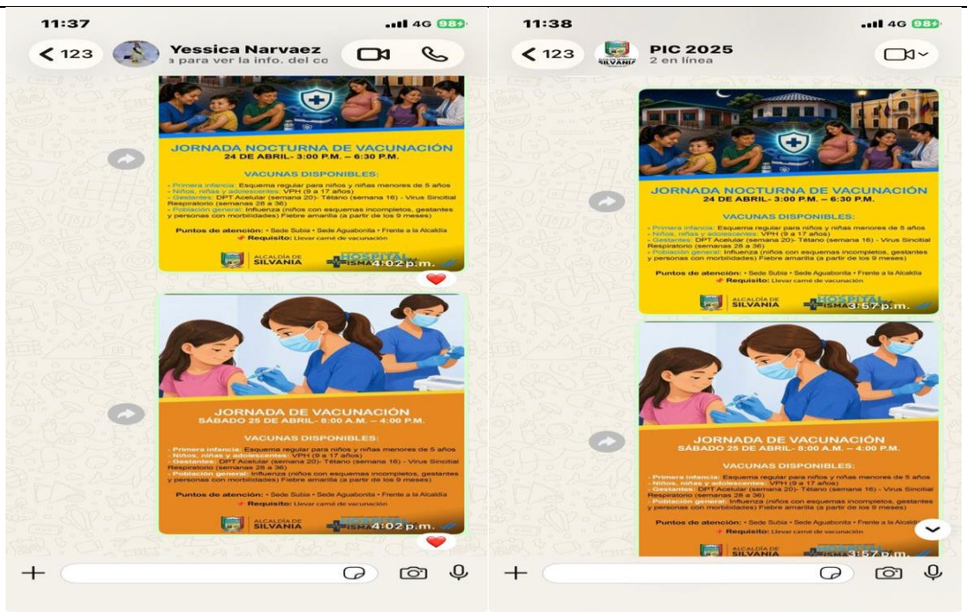




ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

		
Hallazgos y Conclusiones	Se logró cumplir el objetivo ya que por medio de los diferentes entes se puede brindar la información para que las familias conozcan los eventos para mejorar nuestra salud.	
Aportes y Sugerencias	Se deben hacer estas publicaciones para que la comunidad se dé por enterada de los eventos a realizar y asi poder tener en cuenta los medios de prevención en caso de presentar alguna enfermedad.	
	Registro Fotográfico	X

Lorena Patricia Galindo Lizcano
Gestora de Bienestar Integral pic
Hospital Ismael Silvania
Silvania Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL
ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Actividad: 6		PERIODO DE EJECUCION: 24 de Abril del 2026	Hora: 8:00 am / 9:00am
Tema tratado y/o Actividad: Realizar campañas educativas en los colegios, líderes comunales y comunidad en general en la prevención y control de enfermedades trasmitidas por vectores.			
I10304-INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES			
Grupo beneficiarios: todos los siclos			Etapa de ciclo: Todas las edades.
Lugar:		Población programada	Población cubierta
COLEGIO SANTA INES GRADO 702		A demanda	23
Objetivo General	Socializar a la comunidad el conocimiento de las enfermedades trasmitidas por vectores, como se transmite, cuáles son los síntomas, de acuerdo a lineamientos nacionales del programa.		
Objetivos Específicos	Realizar visitas epidemiológicas de campo a pacientes diagnosticados con Chagas, Chikungunya, Dengue, fiebre amarilla verificando su estado de salud, toma de medicamentos, condición socio ambientales.		
Recursos Utilizados	Folletos	Humanos: GEBI	Material: Folletos
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Siendo las 8:00 am me reúno con la con los alumnos del grado 702 del colegio SANTA INES donde me presento como Lorena Galindo Gestora de Bienestar Integral con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la Alcaldía Municipal, Secretaria de Salud, y Hospital Ismael Silva, del municipio de Silvania, con tal fin de realizar educación a los empleados para enseñarles a cuidarse y cuidar en casa a sus familias, para prevenir muertes por vectores, como Chagas, Chikungunya, Dengue. DENGUE  		

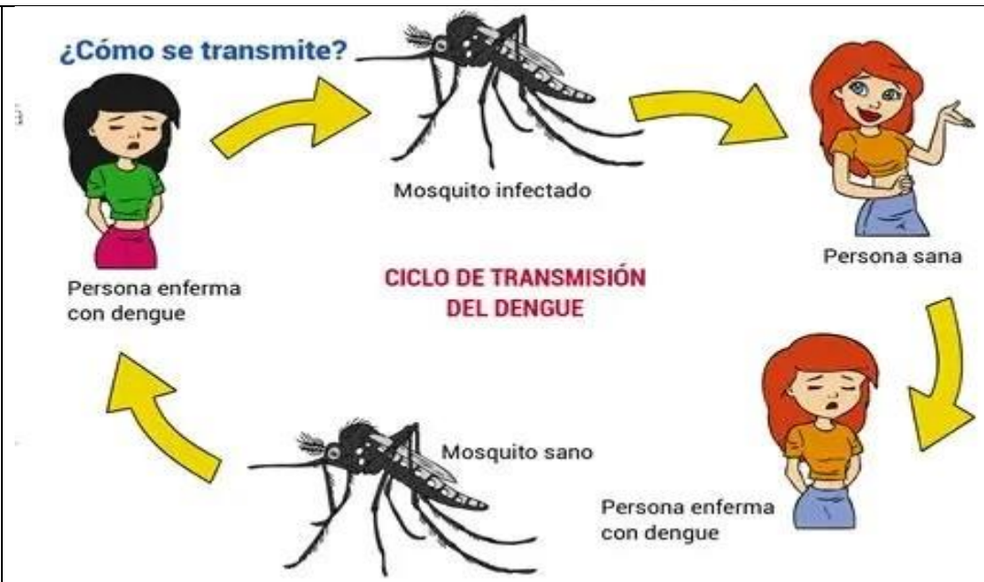
ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL
ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



- El dengue continúa siendo un problema de salud pública en la región de las Américas a pesar de los esfuerzos por parte de los Estados Miembros para contenerlo y mitigar el impacto de las epidemias. Es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica. La infección puede cursar en forma asintomática o expresarse con un espectro clínico amplio que incluye las expresiones graves y las no graves. Después del período de incubación, la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación.
- CICLO DE TRANSMISION DEL DENGUE
- La fiebre amarilla es una enfermedad vírica aguda, hemorrágica, que es endémica en áreas tropicales de África y América Latina. Es difícil diferenciar muchas veces entre casos de fiebre amarilla y otras fiebres hemorrágicas virales como arenavirus, el hantavirus, o DENGUE.

  Síntomas: Aparecen entre 3 y 6 días después de la picadura de un mosquito infectado. En una fase inicial causa fiebre, dolor muscular y de cabeza, escalofríos, pérdida del apetito y náuseas o vómitos. Para la mayoría de los pacientes estos síntomas desaparecen después de 3 a 4 días. Sin embargo, el 15% entra en una segunda fase, más tóxica dentro de las 24 horas siguientes a la remisión inicial en donde vuelve la fiebre alta y varios sistemas del cuerpo son afectados.

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



Tratamiento: No existe un tratamiento específico para la fiebre amarilla, la vacuna es la medida preventiva más importante y es segura, asequible y muy eficaz que proporciona inmunidad efectiva dentro de los 30 días para el 99% de las personas vacunadas. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad sostenida y proteger de por vida contra la enfermedad.

Como parte de las acciones preventivas, se debe usar repelentes y ropa adecuada para evitar picaduras de mosquitos; así como disponer de manera correcta los desechos comúnmente empleados en paseos, como portacomidas, vasos o botellas, porque son potenciales sitios de reproducción del zancudo.

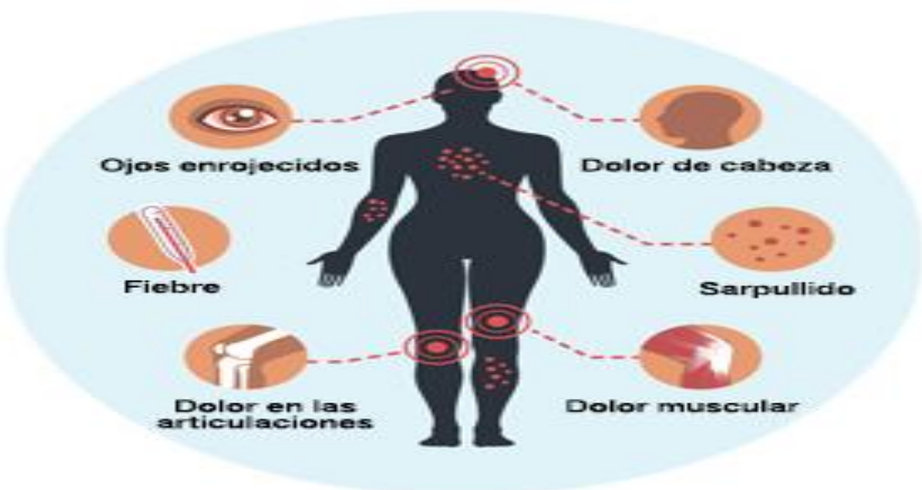
Otras medidas efectivas son: tapar bien los tanques de almacenamiento de agua; lavar y cepillar fuertemente con cloro -una vez a la semana- los recipientes en donde se almacena agua, como tanques, albercas, baldes, cubos, palanganas, entre otros; eliminar el agua acumulada en recipientes, llantas, botellas, floreros y otros objetos; y destruir elementos donde se pueda acumular agua que puedan servir de criadero. Si en la vivienda hay bebederos de animales, cambiar el agua diariamente.



Evitar acampar en zonas endémicas de enfermedades transmitidas por vectores. Si lo hace, no exponerse a las horas de alta presencia de insectos y utilizar toldillos preferiblemente tratados con insecticidas al momento de dormir o descansar.

Enfermedad provocada por el virus del Zika, que se transmite por picaduras de mosquito.
En la mayoría de los casos, no hay síntomas. En casos poco frecuentes, el zika puede causar parálisis (síndrome de Guillain-Barré). En mujeres embarazadas, puede causar defectos congénitos en el feto.
Si se presentan síntomas, suelen ser moderados y duran menos de una semana. Incluyen fiebre, sarpullido, dolor en las articulaciones y ojos rojos.
No existe ninguna vacuna o tratamiento específico. Sin embargo, se hace hincapié en aliviar los síntomas, hacer reposo, rehidratarse y en ingerir paracetamol para aliviar la fiebre y el dolor. Se debe evitar el consumo de aspirinas y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como el ibuprofeno.
Requiere diagnóstico médico
Si se presentan síntomas, suelen ser moderados y duran menos de una semana. Incluyen fiebre, sarpullido, dolor en las articulaciones y ojos rojos.

Puede no presentar síntomas, pero las personas pueden sufrir:
Áreas de dolor: articulaciones, músculos o parte posterior de los ojos
Todo el cuerpo: fatiga, fiebre, escalofríos, pérdida de apetito o sudoración
También comunes: dolor de cabeza, enrojecimiento del ojo, erupción cutánea o vómito



La enfermedad de Chagas es una afección parasitaria, sistémica, crónica, transmitida por vectores y causada por el protozoario *Trypanosoma cruzi*, con una firme vinculación con aspectos socio-económico-culturales deficitarios, considerándosela una enfermedad desatendida. Es una patología endémica en 21 países de las Américas, aunque las migraciones de personas infectadas pueden llevarla a países no endémicos de América y el Mundo.

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



El principal mecanismo de transmisión es vectorial, por hemípteros (chinches), de la subfamilia *Triatominae* (con alimentación hematófaga). Infectan personas expuestas a su picadura, al depositar sus heces infectadas en heridas de la piel o sobre mucosas. Otras modalidades de transmisión son transfusional, congénita, trasplantes de órganos u oral.

- El chikungunya es un virus que se transmite por la picadura de mosquitos como el Aedes aegypti y el Aedes albopictus. Provoca fiebre alta, dolor en las articulaciones, dolor de cabeza y muscular. Aunque rara vez provoca la muerte, el dolor en las articulaciones puede durar meses o años y en ocasiones convertirse en un dolor crónico y causa de discapacidad para algunas personas. No existe un tratamiento específico ni una vacuna disponible para prevenir la infección de este virus





ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Hallazgos y Conclusiones	Se brinda la educación fortaleciendo el conocimiento en la comunidad, para que estén al cuidado de los vectores y repliquen la información en sus hogares. Entregando volantes educativos	
Aportes y Sugerencias	La comunidad estudiantil queda agradecida y sorprendidos con la educación brindada ya que manifiestan que han escuchado que en el Municipio hay un alto incremento de dengue. para tener en cuenta y así replicar la información con sus familiares.	
	Registro Fotográfico	X
	Listado de Asistencia	X

Lorena Patricia Galindo Lizcano
Gestora de Bienestar Integral pic
Hospital Ismael Silva-
Silvania Cundinamarca

EVIDENCIA FOTOGRAFICA:





ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Realizar campañas educativas en los colegios, lideres comunales y comunidad en general en la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.

FECHA: 24 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR: Sede colegio santa ines fundacion nueva era ecologica

HORA INICIO: 8:00 AM

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO

HORA DE FIN: 9:00 AM

Tipo de Identificacion: CC | Número: 35253981 | CARGO: GEBI PIC E.C.T | Firma

Codigo -I10304-INFORMACION EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD				GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable		ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No.	HOGAR	COMERCIANTE	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indigena	Física	Cognitiva	Sensorial	otro	1. Migrante 2. Victima conflicto		SI	NO			R	U			
1	Laura Sofia Cabrera	TI	1072496227		X					X		12	8	13																	X	Estudia	SILVANIA		X	PUENTES	3219272001	
2	Hard I Bernal	TI	1072498621		X				X			5	10	12																	X	Estudia	SILVANIA	X		Azafranal	3114618350	
3	Valery Rodriguez.	TI	1130504325.		X					X		5	10	12																	X	Estudia	SILVANIA		X	Andes	3142141685	Valery. R
4	Danna Prieto.	TI	1028894816		X					X		27	11	13																	X	Estudia	SILVANIA		X	progreso	3123273356	
5	Tade Sofia	TI	1028622252		X					X		16	9	13																	X	Estudia	SILVANIA		X	progreso	3247302154	
6	Luciana Albarracin	TI	1070468132		X					X		11	11	13																	X	Estudia	SILVANIA	X		yacata	3244041022	
7	Manana pulido	TI	1070840424		X					X		13	3	11																	X	Estudia	SILVANIA		X	Andes	3222074	
8	Carlos Andres Valarco	TI	1079162939 1007		X				X			21	03	13																	X	Estudia	SILVANIA	X		sanbarita	3136483722	
9	Juan mathias Cora	TI	1072491324		X				X			3	5	13																	X	Estudia	SILVANIA		X	progreso.	3105119118	
10	Wilson Alexander Garcia	TI	1053353688		X				X			11	5	13																	X	Estudia	SILVANIA	X		Usatama	3123518375	
11	Yosua Eduardo Hernandez	TI	5842575		X				X			27	08	13																	X	Estudia	SILVANIA		X	pradera	3024500236	
12	Samuel Alexander Rodriguez	TI	1130504317		X				X			8	9	13																	X	Estudia	SILVANIA	X		Azafranal	3145536150	
13	Hermes Soncedon	TI	1130502638		X				X			9	7	12																	X	Estudia	SILVANIA		X	los Andes	3016346	
14	Alexa Cardinal Montaña	TI	1069772130		X					X		18	4	13																	X	Estudia	SILVANIA		X	centro.	3148265	
15	Sara Valeria Rochon	TI	1030659462		X					X		22	10	13																	X	Estudia	SILVANIA	X		D. Honda	3102064	

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Realizar campañas educativas en los colegios, lideres comunales y comunidad en general en la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.

FECHA: 24 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR: COLEGIO SANTA INES SEXTO 702 — HORA INICIO: 8:00 AM

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO — HORA DE FIN: 9:00 AM

Tipo de Identificacion: CC — Número: 35253981 — CARGO: GEBI PIC E.C.T — Firma

Codigo -I10304-INFORMACION EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD				GRUPO ETNICO						DISCAPACIDAD						Otras Poblacion Vulnerable		ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indigena	Física	Cognitiva	Sensorial	otra	1. Migrante 2.Victima conflicto		SI	NO			R	U			
1	Alan Jesus Ramos	TI	1072496458		X				X			11	3	14		C																Estudia	SILVANIA		X	Molinados	3133531814	Alan Jesus R.
2	Santiago Hachalata	TI	1130504363		X				X			10	4	14		T																Estudia	SILVANIA	X		San José.	3022573915	
3	Any Yurany Gomez	TI	1070468176		X					X		26	01	14		N																Estudia	SILVANIA	X		Yacata	3203811717	ANY YURANY
4	Mariana Isabel Plata	TI	1012496452		X					X		25	03	14		T																Estudia	SILVANIA	X		Remedy	3228087822	Mariana plata
5	Alison Romero Hachalata	TI	1CA2497590		X					X		3	2	14		N																Estudia	SILVANIA	X		Santorito	3219259206	Alison Romero
6	Evelyn Idalgo.	TI	1012428558		X					X		25	11	13		N																Estudia	SILVANIA		X	centro.	3045498054	
7	Maria Licio Sotaca.	TI	1206215742		X				X			15	8	12		N																Estudia	SILVANIA		X	centro.	3124000866	
8	Sara Valentina Ramos	TI	1030483799		X					X		12	7	14		N																Estudia	SILVANIA		X	Andes	3106661863	
9					X																												SILVANIA						
10					X																												SILVANIA						
11					X																												SILVANIA						
12					X																												SILVANIA						
13					X																												SILVANIA						
14					X																												SILVANIA						
15					X																												SILVANIA						

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL
ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Municipio: SILVANIA			
Actividad: 7		Periodo de ejecución: 01 al 30 de Abril del 2026	Hora: 08:00 AM- 04:00 PM
Tema tratado y/o Actividad: Identificar la población objeto del programa de vacunación como lo son los menores de 17 años, gestantes y mayores de 60 años para canalizar efectivamente a los servicios de vacunación, ESPECIFICAR EDADES POR CADA BIOLOGICO..			
CODIGO CUPS I10307_INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI			
Grupo beneficiario: Niñas de 9 a 17 años, mujeres en edad fértil, Gestantes, Adulto mayor			Etapa de ciclo: Todos los ciclos
Lugar		Población programada	Población cubierta
Barrios y Veredas del Municipio		A demanda	45
Objetivo General	Disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con fuerte compromiso de erradicar y controlar las mismas.		
Objetivos Específicos	• Proteger tanto a la madre como al feto y al recién nacido. • Proteger y además evitar propagar enfermedades prevenibles a otras personas en su comunidad • Proteger a la persona contra infecciones o enfermedades posteriores. • Estimular las defensas naturales del organismo		
Recursos Utilizados	VOLANTES	Humanos: GEBI	Material: VOLANTE
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Durante el mes de Abril del presente año, me presento como Lorena Galindo Gestora de Bienestar Integral con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la Alcaldia Municipal, Secretaria de Salud, y Hospital Ismael Silva, del municipio de Silvania, prestando un apoyo en canalización y remisión extramural, al servicio de vacunacion se brinda la respectiva educación sobre la importancia de las vacunas y el para qué sirve cada vacuna, se realiza un recorrido por las veredas y Barrios del Municipio de Silvania donde se encuentran gestantes, adolescentes y adultos mayores con esquemas incompletos  		

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



La vacuna contra el **VPH** se centra en los tipos de VPH que más comúnmente causan cáncer de cuello uterino y que pueden causar algunos de los cánceres de vulva, vagina, ano y orofaringe. También protege contra los tipos de VPH que causan la mayoría de las verrugas genitales. La vacuna es muy eficaz para prevenir los tipos de VPH objetivo, así como los problemas de salud más comunes que estos causan.
Es menos eficaz para prevenir las enfermedades relacionadas con el VPH en las mujeres jóvenes que ya han estado expuestas a uno o más de los tipos de VPH. Esto se debe a que previene el VPH antes de que la persona se exponga al virus. La vacuna no sirve para tratar las infecciones por el VPH ya existentes ni las enfermedades relacionadas.¿Cómo se previene?
El objetivo de la vacunación contra el VPH incluye disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino y la carga de enfermedad asociada al VPH, sus complicaciones y mortalidad.

Estrategia de vacunación: 1era dosis: 9 años niños y niñas de 9 a 17 años.

Como estrategia adicional se recomienda la vacunación contra VPH para mujeres y varones entre 11 y 26 años que vivan con VIH y trasplantados con esquema de 3 dosis (0, 2 y 6 meses).

El VPH puede causar varios **tipos de cáncer**. Solo el cáncer de cuello uterino se puede encontrar en sus etapas iniciales con una prueba de detección. Los otros cánceres causados por el VPH podrían no ser detectados sino **hasta** que sean más serios. La vacunación contra el VPH previene las infecciones que causan estos cánceres.

ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL
ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



tosferina es una enfermedad grave que puede ser mortal para los bebés. Lamentablemente, los bebés no comienzan a desarrollar su propia protección contra la tosferina hasta que los vacunen a los dos meses de edad. Esto los deja desprotegidos en los primeros meses de vida, cuando están en mayor riesgo de enfermarse gravemente si contraen la tosferina.
Después de que una mujer recibe la vacuna Tdap, su cuerpo produce anticuerpos protectores y le pasa niveles altos de estos al bebé antes de que nazca. Estos anticuerpos le proporcionan al bebé algo de protección a corto plazo contra la tosferina temprano en la vida.



Recibir la vacuna Tdap entre las semanas 27 y 36 del embarazo reduce en un 78 % el riesgo de que los bebés menores de 2 meses presenten tosferina.

Si una mujer no se puso la vacuna Tdap durante el embarazo y nunca se la puso antes, puede vacunarse después de que nazca el bebé. Tomará aproximadamente 2 semanas para que su cuerpo desarrolle la máxima protección (anticuerpos) en respuesta a la vacuna. Una vez que esté protegida por la vacuna, tendrá menos probabilidad de pasarle la tosferina al recién nacido mientras lo cuide. Pero recuerde, el bebé aún tendrá el riesgo de contraer la tosferina de otras personas.

La **tosferina** es una enfermedad grave que puede ser mortal para los bebés. Lamentablemente, los bebés no comienzan a desarrollar su propia protección contra la tosferina hasta que los vacunen a los dos meses de edad. Esto los deja desprotegidos en los primeros meses de vida, cuando están en mayor riesgo de enfermarse gravemente si contraen la tosferina.
Después de que una mujer recibe la vacuna Tdap, su cuerpo produce anticuerpos protectores y le pasa niveles altos de estos al bebé antes de que nazca. Estos anticuerpos le proporcionan al bebé algo de protección a corto plazo contra la tosferina temprano en la vida.
Recibir la vacuna Tdap entre las semanas 27 y 36 del embarazo reduce en un 78 % el riesgo de que los bebés menores de 2 meses presenten tosferina. Estos anticuerpos también pueden proteger al bebé de algunas de las complicaciones más graves, como la hospitalización, que acompañan a la tosferina.

ES SEGURA PARA LA MAMÁ Y EL BEBÉ
La vacuna Tdap es muy segura para las mujeres embarazadas y sus bebés. Esta vacuna no puede darles tosferina a las mujeres embarazadas. Vacunarse durante el embarazo no aumentará su riesgo de tener complicaciones con el embarazo. Infórmese más sobre la seguridad y los efectos secundarios.



FIEBRE AMARILLA: La fiebre amarilla es una enfermedad vírica aguda, de carácter hemorrágico, que puede ser mortal; es transmitida por mosquitos infectados y **puede ser prevenible por vacuna**. El término "amarilla" hace referencia a la ictericia que presentan algunos pacientes. Ha sido causa de una importante mortalidad y letalidad en vastas zonas de las regiones tropicales de África y de las Américas.

La vacunación es la medida preventiva más importante, es segura, gratuita, asequible y ofrece una inmunidad efectiva 10 días después de su aplicación, en el 95% de las personas vacunadas.

El virus de la fiebre amarilla tiene como vector principal los mosquitos que transmiten el virus de un huésped a otro,

principalmente entre los monos, pero también del mono al hombre y de una persona a otra. Hay varias especies diferentes de mosquitos *Aedes y Haemogogus* que transmiten el virus.



¿Qué es la influenza?

La influenza o gripe (también llamada flu, en inglés) es un virus que puede causar que se enferme seriamente. No es tan solo goteo nasal y dolor de garganta. La influenza puede hacerla sentir muy mal y puede ser particularmente perjudicial si se la contagia durante o justo después del embarazo.

¿Cómo se transmite la influenza?

La influenza se transmite fácilmente de persona a persona. Cuando alguien enfermo con influenza tose, estornuda o habla, el virus se disemina por el aire. También se la puede contagiar si la respira o si toca algo (como la manija de una puerta o un teléfono) que tiene el virus de la influenza y luego se toca la nariz, los ojos o la boca.

Las personas con influenza pueden infectar a otros desde 1 día antes de enfermarse hasta 5 a 7 días después. Las personas que están muy enfermas de gripe o los niños pequeños pueden propagar la gripe por más tiempo, especialmente si todavía tienen síntomas.

¿Cómo puede la influenza perjudicar su embarazo?

Las complicaciones de salud causadas por la influenza, como la neumonía, pueden ser graves e incluso mortales, en especial si está embarazada. Si contrae la influenza durante el embarazo, tiene más probabilidades que otros adultos de sufrir complicaciones graves. Por eso es mejor recibir la vacuna contra la influenza en forma de inyección antes de quedar embarazada. Recibir la vacuna de la influenza puede reducir el riesgo de que le de influenza, de tener complicaciones serias y de necesitar tratamiento que requiera hospitalización (quedarse en el hospital).

BIOLOGICO	EDAD	VACUNADOS
VPH	NIÑOS Y NIÑAS 9 A 17 AÑOS	3
TOXOIDE , DPTA CELULAR	MUJERES GESTANTES	6

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	FIEBRE AMARILLA	MENORES DE 9 A 18 MESES, ADULTOS 14AÑOS HASTA LOS 59 AÑOS	16
	INFLUENZA	ADULTOS	20
	COVID	GESTANTES	0
	TOTAL		45
Hallazgos y Conclusiones	Durante el mes de Abril se realizó recorrido por los diferentes Micro territorios del Municipio canalizando y vacunando, a 45 usuarios que están al día con esquemas adecuados y otros se niegan a las vacunas, en el momento de igual manera se brinda información a la comunidad sobre la importancia de las vacunas, buscando y canalizando los usuarios que estén con esquemas incompletos para dejarlos al dia con su carnet adecuado.		
Aportes y Sugerencias	Se realiza la actividad manifestando e implementando estrategias para fortalecer la vacunacion en el municipio como crear puntos a donde los usuarios se pueden acercar al punto de vacunacion para ser vacunados, la comunidad se siente agradecida de que se lleven las vacunas a las comunidades.		
	Acta		X
	Formato		X

Lorena Patricia Galindo Lizcano
Gestora de Bienestar Integral pic
Hospital Ismael Silva-
Silvania Cundinamarca

REGISTRO FOTOGRAFICO









ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Apoyar según demanda los lineamientos nacionales y departamentales en las jornadas y campañas de vacunación que se realicen en articulación con la E.S.E Ismael Silva en el municipio.

FECHA: 24 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR: BARRIOS DEL MUNICIPIO

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO — **HORA INICIO:** 8:00 PM

Tipo de Identificacion: CC — **Número:** 35253981 — **HORA DE FIN:** 5:00 PM

CARGO: GEBI PIC E.C.T — **Firma**

Codigo -I10307_INFORMACION EN SALUD PARA LA PROMOCION DE LA VACUNACION EN LA POBLACION OBJETO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD			GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable	ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No.	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indígena	Física	Cognitiva	Sensorial	otro	1. Migrante 2 Victima conflicto	SI	NO			R	U			
1	Ebaristo Avendaño	cc	5683152		x				x			08	04	48		SI x														x	Hogar	SILVANIA		x	Molino Rojo.	3023775795	
2	Ana Salamanca	cc	51734374		x					x		30	9	74		SI														x	Hogar.	SILVANIA		x	Molinados	3196866362	
3	Elizabeth Niño	cc	51620933		x					x		2	7	60	N															x	Hogar.	SILVANIA		x	Alto Virgen	3138877396	
4	Blanca Cortes	cc	35412205		x					x		31	5	67		F														x	Hogar	SILVANIA		x	centro	3023250865	
5	Luis Torres Pey	cc	19179235		x				x			7	8	52		SS														x	Hogar:	SILVANIA		x	Tamba	3155566420	
6	Blanca Dilia Joya	cc	41562440		x					x		12	10	52		SS														x	Hogar	SILVANIA		x	Tamboo	3155566420	
7	Juan Pablo Escobar	RC	1072498734.		x				x			30	04	25	F															x	Hogar.	SILVANIA		x	Kennedy.	3244226214	Maria Camila E
8	escobar Rojas Angel Alberto	RC	1138564		x				x			30	12	68	F															x	Independiente	SILVANIA		x	Kennedy	3107465418	
9	Maria Miriam Duarte.	cc	51619094.		x					x		10	07	60		Con														x	Hogar.	SILVANIA		x	Kennedy	3203356676	Myriam Duarte
10	Carmen Elvira Barraza.	CC	20927333		x					x		01	03	73	F															x	Hogar	SILVANIA		x	Kennedy.	3103273717	
11	Carlos Andres Linares Rodriguez	TI	1072497068		x				x			21	01	16		F														x	Estudiante	SILVANIA		x	Molino Rojo	3219082935	
12	Hannah Alany Valenzuela	RC	1206231963		x					x		13	03	26		NE.														x	Hogar	SILVANIA	x		Yayata Baja	3003972764	
13	Eimy Sofia Rojo	RC	1072498617		x					x		06	10	24.		NE														x	Hogar	SILVANIA			Yayata.	3115798363	
14	Joseph Paul Ortiz.	RC	1072498221		x				x			23	12	20		F														x	Estudiante.	SILVANIA		x	Alto Virgen	3014458216	Diana Gomez
15	Tana Alejandra Bello	cc	1193237974.		x					x		03	01	2009	F															x	Hogar	SILVANIA		x	Kennedy	3143672677	Alejandra Bello

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Apoyar según demanda los lineamientos nacionales y departamentales en las jornadas y campañas de vacunación que se realicen en articulación con la E.S.E Ismael Silva en el municipio.

FECHA: 24 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR: Barrios y veredas del municipio.
HORA INICIO: 8:00 AM
RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO
HORA DE FIN: 4:00 PM
Tipo de Identificacion: CC | Número: 35253981 | CARGO: GEBI PIC E.C.T | Firma

Codigo -I10307_INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD		GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable		ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No.	HOGAR	COMBINADO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indigena	Física	Cognitiva	Sensorial	otro	1. Migrante 2. Victima conflicto		SI	NO			R	U			
1	Michelle Tatiana Marroqu	TI	1076576762		x					x		27	03	10		x												x	Hogar	SILVANIA	x		yayata	3227172011	
2	Ahuan Santiago Marroqu	RC	1069777525		x				x			29	09	25		x												x	Hogar	SILVANIA	x		yayata	3227172011	
3	Anye Natalia Mra.	CC	1109068173		x					x		30	05	09	F													x	Hogar.	SILVANIA	x		yayata	3180962920	
4	Joseph Barbaro Mera	RC	1177216062.		x				x			25	06	21	F													x	Hogar	SILVANIA	x		yayata	3180962920	
5	Viviana Ruiz Hernandez		539323097		x					x		11	05	85														x	hogar	SILVANIA		x	progreso	3232474178	
6	Veronica Rama	RC	1074596275		x					x		7	6	2003														x	Menor	SILVANIA		x	progreso	3232474178	
7	Paula Ramos	RC	1073425664		x					x		23	3	25														x	menor	SILVANIA		x	progreso	323 2474178	
8	Laura T. Hoyos	CC	1110116348		x					x		12	01	2005														x	Hogar	SILVANIA		x	Progreso	3502839224	
9	Maria Fernanda Ramos	CC	41462438		x					x		16	06	46														x	Hogar	SILVANIA		x	progreso	3046340002	
10	Maria Lady Ramos S	CC	51883471		x					x		25	01	167														x	Hogar	SILVANIA		x	progreso	3124570233	
11	Sigifredo Rios	CC	2305569		x				x			26	10	1936		x												x	Hogar	SILVANIA		x	centro	3123204344	
12	Miguel Angel Melo	CC	1028497446		x				x			15	04	2012		x												x	3208342949	SILVANIA		x	centro	3208342949	
13	Jeison Melo	CC	80882254		x				x			28	10	1985		x												x	Indepen	SILVANIA		x	centro	3208342949	
14	Deisy Inés Ojeda V	CC	51670638		x					x		24	01	1962		x												x	Hogar	SILVANIA	x		peñon	3219072445	
15	Juan Ramon Ojeda	CC	2927253		x				x			29	08	1934		f												x	Hogar	SILVANIA	x		peñon	3124966180	

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Realizar estrategias de identificación de niños, gestantes y adultos mayores sin esquemas de vacunacion en los microterritorios asignados a cada una de las GEBIS y canalizarlos para los servicios de vacunación.

FECHA: 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

LUGAR: Mercado Nuevo Hogar

HORA INICIO: 8:00 AM

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO

HORA DE FIN: 4:00 PM

Tipo de Identificacion: CC | Número: 35253981 | CARGO: GEBI PIC E.C.T | Firma

Codigo - I30302-CARACTERIACIÓN DEL ENTORNO HOGAR

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD				GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable	ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indigena	Física	Cognitiva	Sensorial	otra	1. Migrante 2. Victima conflicto armado	SI	NO			R	D			
1	PEDRO ANTONIO CASTILLO MONOZ	CC	11385938		X				X			4	03	66	S	X													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3208972202	Pedro castillo
2	LUIS ALVARO GARZON	CC	19726840		X				X			25	01	57		F													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3133846516	Matilde G
3	Matilde Garzon	CC	20584241		X					X		14	3	52		F													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3133846516	Matilde G
4	Liliana Nieto	CC	1003653035		X					X		28	7	98		F													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3133452545	Liliana
5	Tatiana Ramirez	RC	1069773236		X					X		13	8	20		F													X	MENOR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3133452545	Liliana
6	Anahi Isabel Diaz	RC	1069773491		X					X		17	10	20	T	F													X	MENOR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3214983491	Leidy Aviroma
7	Leidy Liliana Aviromo	CC	1056239543		X					X		24	5	96		F													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3214983491	Leidy Aviroma
8	Rosaura Perdomo	CC	52444947		X					X		8	11	99		N													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3239878876	
9	Erika Melissa Perdomo	RC	1032515290		X					X		8	6	22		N													X	MENOR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3239878876	Rosaura Perdomo
10	Erika Melissa Perdomo	RC	1032515291		X					X		8	6	22		N													X	MENOR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3239878876	Rosaura Perdomo
11	Cindy Dayana Espitia	CC	1007185900		X					X		10	5	03		N													X	AGRICULTOR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3237102896	Cindy espitia
12	Ana Teresa Monoz	CC	10942359		X					X		10	7	85		N													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3125207557	Ana Teresa
13	Dayanalizeth Chaves	CC	1022434138		X					X		15	3	98		F													X	HOGAR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3213326168	Dayanalizeth Chaves
14	Angel Valentino Herrera	RC	1069777384		X				X			26	8	24		F													X	MENOR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3213326168	Dayanalizeth Chaves
15	Arturo Herrera Pereira	CC	1031550908		X				X			28	5	98		F													X	AGRICULTOR	SILVANIA	X		NUEVO HOGAR B	3213316168	Felix Herrera

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL
ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

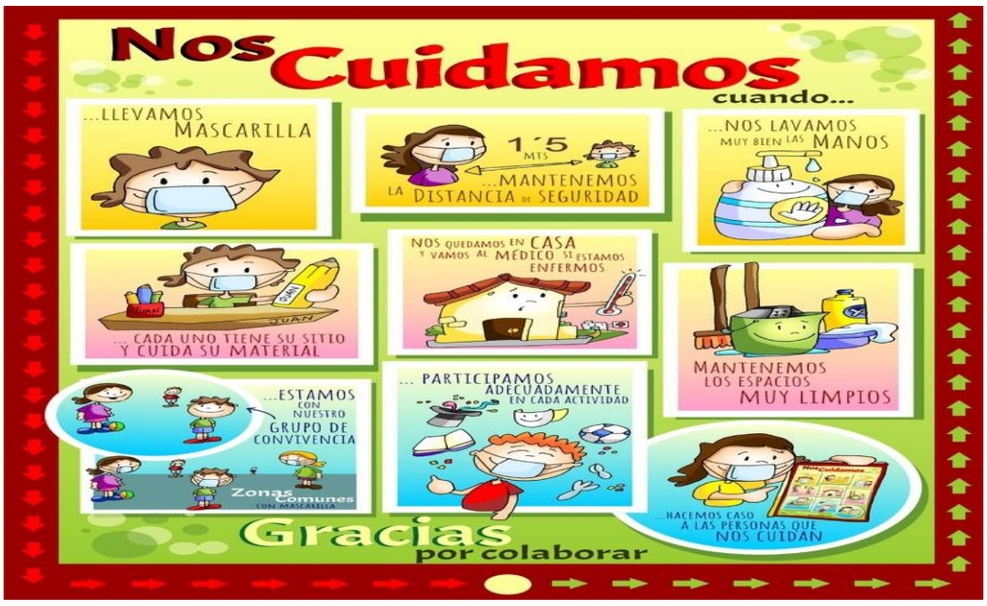
.

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Municipio: SILVANIA		
Actividad: 8	Periodo de ejecucion: 01 al 30 de Abril del 2026	Hora: 2:00pm a 4:00pm
Tema tratado y/o Actividad: Realizar talleres familiares haciendo énfasis en el mensaje clave ¿Cómo evito que mi hijo enferme? Haciendo énfasis en información acerca de los beneficios de las vacunas (todas las enfermedades que previenen) y se indiquen las vacunas por cada etapa de curso de vida, utilizando elementos gráficos sencillos		
Grupo beneficiario: Todas las edades		Etapa de ciclo: Todas las edades
Lugar: Sede 1 Colegio Santa Ines	Población programada	Población cubierta
Fundación nueva era Ecológica Unidad Burbujas de colores	A DEMANDA	30

Objetivo General	Recalcar la importancia de la vacunación en menores para la prevención de enfermedades que podrían llegar a ser mortales, evitar enfermedades y propagación de virus en los niños del municipio.		
Objetivos Específicos	• Reducir la morbilidad, mortalidad y gravedad de las enfermedades prevenibles por medio de la vacunación • Identificar alteraciones de salud en los niños menores de 5 años y orientar a los padres en la prevención de enfermedades • Control de las enfermedades inmunoprevenibles		
Recursos Utilizados		Humanos: GEBI	Material: FLYER
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Siendo las 2:00pm del 15 de Agosto del presente año, me presento como Lorena Galindo Gestora de Bienestar Integral con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la Alcaldia Municipal, Secretaria de Salud, y Hospital Ismael con los usuarios del programa de renta ciudadana donde se brinda educación sobre la importancia de la vacunación, como evitar que el niño se enferme y cuáles son las vacunas a aplicar en cada etapa de su vida. 		



Su hijo está expuesto a miles de microbios en su entorno todos los días. Esto sucede a través de los alimentos que come, el aire que respira y las cosas que se lleva a la boca.



Los bebés nacen con un sistema inmunitario que puede luchar contra la mayoría de los microbios, pero hay algunas enfermedades mortales que no puede combatir. Por eso necesitan que las vacunas refuercen su sistema inmunitario.



Las vacunas usan cantidades muy pequeñas de antígenos para ayudar al sistema inmunitario de su hijo a reconocer y a aprender a luchar contra enfermedades graves. Los antígenos son partes de microbios que hacen que el sistema inmunitario del cuerpo se ponga en funcionamiento.

La inmunización puede salvar la vida de su hijo. Gracias a los avances en la ciencia médica, su hijo puede estar protegido contra más enfermedades como nunca antes. Algunas enfermedades que en algún momento afectaron o mataron a miles de niños, han sido erradicadas completamente y otras están cercanas a la extinción, principalmente debido a vacunas seguras y eficaces. La polio es un ejemplo del gran impacto que las vacunas han causado en los Estados Unidos. En algún momento, la poliomielitis fue la enfermedad más temida en Estados Unidos, causando muerte y parálisis en todo el país. Pero hoy, gracias a la vacunación, no existen informes de poliomielitis en nuestro país.

La vacunación es muy segura y eficaz. Las vacunas solo se administran a los niños luego de análisis largos y cuidadosos realizados por científicos, médicos y profesionales del cuidado de la salud. Las vacunas pueden provocar algunas molestias y dolor, enrojecimiento o sensibilidad en el lugar donde se aplicó la inyección, pero son mínimos en comparación con el dolor,

	las molestias y el trauma de las enfermedades que estas vacunas pueden prevenir. Los efectos secundarios graves después de la vacunación, como una reacción alérgica grave, son muy poco frecuentes. Los beneficios de prevención de enfermedades de las vacunas son mucho mayores que los posibles efectos secundarios para la mayoría de los niños. **La inmunización puede salvar la vida de su hijo.** Gracias a los avances en la ciencia médica, su hijo puede estar protegido contra más enfermedades como nunca antes. Algunas enfermedades que en algún momento afectaron o mataron a miles de niños, han sido erradicadas completamente y otras están cercanas a la extinción, principalmente debido a vacunas seguras y eficaces. La polio es un ejemplo del gran impacto que las vacunas han causado en los Estados Unidos. En algún momento, la poliomielitis fue la enfermedad más temida en Estados Unidos, causando muerte y parálisis en todo el país. Pero hoy, gracias a la vacunación, no existen informes de poliomielitis en nuestro país. **La vacunación es muy segura y eficaz.** Las vacunas solo se administran a los niños luego de análisis largos y cuidadosos realizados por científicos, médicos y profesionales del cuidado de la salud. Las vacunas pueden provocar algunas molestias y dolor, enrojecimiento o sensibilidad en el lugar donde se aplicó la inyección, pero son mínimos en comparación con el dolor, las molestias y el trauma de las enfermedades que estas vacunas pueden prevenir. Los efectos secundarios graves después de la vacunación, como una reacción alérgica grave, son muy poco frecuentes. Los beneficios de prevención de enfermedades de las vacunas son mucho mayores que los posibles efectos secundarios para la mayoría de los niños. **Con las inmunizaciones su familia puede ahorrar tiempo y dinero.** A un niño con una enfermedad prevenible mediante vacunas le pueden negar la asistencia a escuelas o instituciones de cuidado infantil. Algunas enfermedades prevenibles mediante vacunas pueden provocar discapacidades prolongadas y una carga financiera debido a la ausencia en el trabajo, las facturas médicas o el cuidado de discapacidades a largo plazo. En cambio, vacunarse contra estas enfermedades es una buena inversión y, por lo general, está cubierto por el seguro. **La inmunización protege a generaciones futuras.** Las vacunas han reducido y, en algunos casos, erradicado muchas enfermedades que mataron o provocaron graves discapacidades a personas de solo algunas generaciones anteriores. Por ejemplo, la vacunación contra la viruela erradicó la enfermedad en todo el mundo. Sus hijos ya no tienen que vacunarse contra la viruela porque la enfermedad desapareció. Al vacunar a los niños contra la rubéola, el riesgo de que las embarazadas transmitan este virus al feto o bebé recién nacido ha disminuido significativamente.

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	
Hallazgos y Conclusiones	Se obtiene una grata respuesta de los asistentes a esta actividad puesto que se evidencia la claridad de la información, la importancia de acudir a sus vacunas y de esta forma proteger el niño contra todas las enfermedades anteriormente mencionadas.
Aportes y Sugerencias	Los usuario piden continuar con este tipo de talleres educativos, puesto que por medios visuales se explican los esquemas de vacunación correctos y la importancia de vacunar los menores.
	Registro Fotográfico: X
	Listado de Asistencia: X

Lorena Patricia Galindo Lizcano
Gestora de Bienestar Integral
Hospital Ismael Silva-
Silvania Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL
ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS





ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
	CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Tema tratado y/o Actividad:
Realizar talleres familiares haciendo énfasis en el mensaje clave ¿Cómo evito que mi hijo enferme? Haciendo énfasis en información acerca de los beneficios de las vacunas (todas las enfermedades que previenen) y se indiquen las vacunas por cada etapa de curso de vida, utilizando elementos gráficos sencillos

FECHA: 08 DE ABRIL. 2026

LUGAR: BARRIOS DE COLORES.
HORA INICIO: 9:00 AM
RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO
HORA DE FIN: 11:00 AM
Tipo de Identificacion: CC | Número: 35,253,981 | CARGO: GESTORA DE BIENESTAR ECT | Firma
Codigo - CUPS: 10601- INFORMACION EN SALUD EN PRACTICAS DE CUIDADO Y CRIANZA

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD			GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable			ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No.	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indigena	Física	Cognitiva	Sensorial	Mental	Otra	1. Migrante 2.Victima conflicto			SI	NO			R	D			
1	Xiomara Cruz Urriguez	CC	1069765283		X					X	X	26	8	93		N																X	Hogar	SILVANIA	X		santa rita	310 580 9336	Xiomara
2	Ailen Sofia Meneses	RC	1141384704		X					X		24	1	24		N																X	Menor.	SILVANIA	X		Santa rita	310 580 9336	Cruz Urriguez
3	Rosa Angelica Gonzalez	CC	28106248		X					X		15	1	01				X														X	Hogar	SILVANIA		X	los puentes	3115570719	Rosa Angelica
4	Nahir Michael Duran	RC	1012498727		X				X			30	3	25		N																X	Menor	SILVANIA		X	los puentes	3115570719	Gonzalez.
5	Laura Daniela Barbosa	CC	1025533940		X					X		24	4	07		C																X		Hogar.	SILVANIA		X	Molinedo	3104128766. 3069099109	Laura B.
6	Monica Mojica Macias.	RC	1091303486		X					X		16	2	03	F																	X	Hogar	SILVANIA		X	Andes	3043343168	Monica
7	Dilan Andrey Garcia Mojica	RC	1021404109		X				X			12	6	25	F																	X	Menor	SILVANIA		X	Andes	3043343168	Mojica Macias
8	Daniela Jimenez Miranda	CC	1012493365		X					X		27	8	06		N																X	Hogar	SILVANIA		X	Andes	3044329865	Daniela
9	Liam David Garcia Jimenez	RC	1012498594		X				X			11	11	23		N																X	Menor	SILVANIA	X	X	los Andes	3044329865	Jimenez M
10	Dana Julieth Escanoga	CC	1091768067		X					X		6	10	01		SS/N																X		Hogar	SILVANIA		X	Molinedo	3227355318	Dana Julieth
11	Leidy Tatiana Capitre	CC	1193136749		X					X		5	12	95	F																	X	Hogar	SILVANIA		X	Kennedy	3224425447	Leidy Tatiana
12	Liam David Mejia Capitre	RC	1012498470		X				X			15	11	22	F																	X	Menor	SILVANIA		X	Kennedy	3224425447	Capitre Mejia
13	Barus Yorley Moreno Gonzalez	CC	1121936240		X					X		1	5	96		F																X	Hogar	SILVANIA		X	Kennedy	3133437602	Yorley Moreno
14	Tiana Catalina Garzon	RC	1073048809		X					X		7	7	22		F																X	Menor	SILVANIA		X	los puentes	3133437602	Gonzalez.
15	Una mama pena R.	CC	1069128468		X					X		8	3	04		C																X		Hogar.	SILVANIA		X	los puentes	3013219971	Una pena

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 Versión:02
CONTROL DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA	Fecha de Aprobación:26/Agosto/2022

TEMA: Tema tratado y/o Actividad:
Realizar talleres familiares haciendo énfasis en el mensaje clave ¿Cómo evito que mi hijo enferme? Haciendo énfasis en información acerca de los beneficios de las vacunas (todas las enfermedades que previenen) y se indiquen las vacunas por cada etapa de curso de vida, utilizando elementos gráficos sencillos

FECHA: 8 DE ABRIL - 2026

LUGAR: BARRIO LAS DELICIAS

HORA INICIO: 9:00 AM

RESPONSABLE ACTIVIDAD (nombres y apellidos): LORENA PATRICIA GALINDO LIZCANO

HORA DE FIN: 11:00 AM

Tipo de Identificacion: CC | Número: 35,253,981 | CARGO: GESTORA DE BIENESTAR ECT | Firma

Codigo - CUPS: I10601- INFORMACION EN SALUD EN PRACTICAS DE CUIDADO Y CRIANZA

No.	NOMBRE Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO					GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			AFILIACION SALUD				GRUPO ETNICO					DISCAPACIDAD					Otras Poblacion Vulnerable			ESTADO GESTACIONAL		OCUPACION U OFICIO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
		Tipo	No	HOGAR	COMUNITARIO	LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	M	F	LGTBI	DIA	MES	AÑO	C	S	Especial o excepción	Sin Aseguramiento	Afro	Palenquero	Raizal	ROM	Indigena	Física	Cognitiva	Sensorial	otra	1. Migrante 2. Victima conflicto			SI	NO			R	U			
1	Karen Mendez Mora	cc	1003652766		X					X		23	6	02		N															X		HOGAR.	SILVANIA	X		YAYATA	3143428541	Karen Mendez.
2	Rosa Angelica Gonzalez	cc	28106248		X					X		15	01	01				X														X	HOGAR	SILVANIA		X	LOS PUENTES	3115570719	Rosa Angela
3	Nicole Salome Duran	RC	78543068		X					X		23	5	23		N																X	MENOR	SILVANIA		X	LOS PUENTES	3115570719	Gonzalez
4	Maria camila paredes	cc	1069717107		X					X		15	11	04		N																X	HOGAR	SILVANIA		X	PROGRESO	3252534923	Mariacamila
5	Liam Esteban Martinez	RC	1072498786		X				X			31	1	26		N																X	MENOR	SILVANIA		X	PROGRESO	3252534923	Paredes M.
6	Ana Josefa Duran Delgado	cc	6555089		X					X		6	8	93		F																X	HOGAR	SILVANIA		X	LOS PUENTES	3204529534	Ana Josefa
7	Juan Sebastian Marin	RC	1072498790		X				X			7	2	26		F																X	MENOR	SILVANIA		X	LOS PUENTES.	3204529534	Duran Delgado
8	Erika Vanesa Acelas	cc	1192772553		X					X		14	12	00		N																X	HOGAR	SILVANIA		X	Alboraya	3107624563	Erika V.
9	Ailen Morena Delgado	RC	1072498461		X					X		26	10	22		N																X	MENOR	SILVANIA		X	Alboraya	3107624563.	Acelas. M.
10	Edith Magali Esteban	cc	1115735889		X					X		5	4	92	N																	X	HOGAR	SILVANIA		X	centro	3248007048	Edith Magali
11	Sonia Ines Vargas. M	cc	1098652751		X					X		29	12	01		C																X	HOGAR	SILVANIA	X		YAYATA	3507442588	Sonia Ines
12	Sara Valentina Pinzon	RC	1072498796		X					X		19	2	26		C																X	MENOR	SILVANIA	X		YAYATA	3507442588	Vargas. M
13	Edinson Gael Barbosa Hernandez	RC	1028703958		X				X			28	5	25	F																	X	HOGAR	SILVANIA	X		VICTORIA	3153171665	Edinson Gael
14	Elian Mathias Bernal Parra	RC	1072498795		X				X			26	2	26		F																X	MENOR	SILVANIA	X		YAYATA	3022224441	Elian Mathias.
15	Yuranny Parra	cc	1135939187		X					X		23	9	05		F																X	MENOR	SILVANIA			YACANTE	3022241241	Yuranny Parra

Mamá 25-8-26 1000

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL
ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

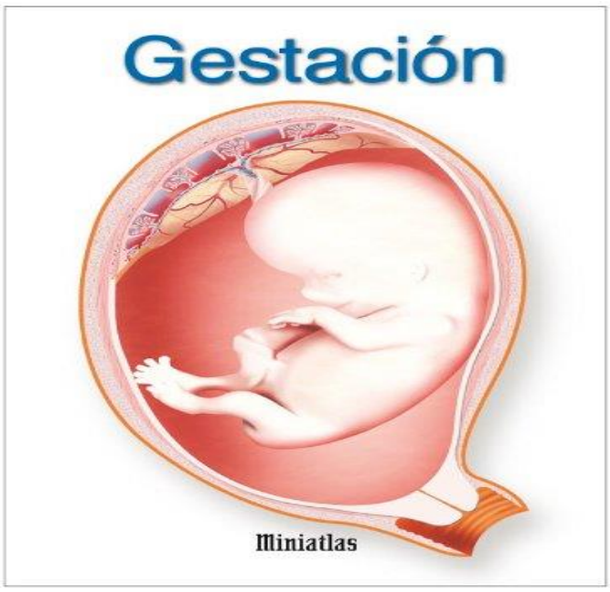
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

<table>
<tr><td colspan="4">Municipio: Silvania</td></tr>
<tr><td colspan="2">Actividad: 9</td><td>Periodo de ejecucuion
01 al 30 de Abril del 2026:</td><td>Hora:
08:00 AM – 04:00 PM</td></tr>
<tr><td colspan="4">Tema tratado y/o Actividad:
Caracterización y seguimiento al 100% de las mujeres gestantes y puérperas, debe realizarse a través de la plataforma SURVEY 123 for ArcGIS diligenciando el Kardex de gestantes y puérperas de acuerdo a la condición encontrada casco urbano y centros poblados.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Grupo beneficiario: GESTANTES Y PUERPERAS</td><td>Etapa de ciclo: Todas las edades</td></tr>
<tr><td colspan="2">Lugar</td><td>Población programada</td><td>Población cubierta</td></tr>
<tr><td colspan="2">Zona urbana del municipio</td><td>A demanda</td><td></td></tr>
<tr><td>Objetivo General</td><td colspan="3">• Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal
• Brindar atención integral, educación y seguimiento continuo a la mujer embarazada en su entorno familiar, con el fin de promover hábitos saludables, identificar y prevenir factores de riesgo, detectar oportunamente signos de alarma y contribuir a un embarazo seguro, así como al bienestar materno y fetal.</td></tr>
<tr><td>Objetivos Específicos</td><td colspan="3">• Evaluar la salud de la madre y el feto
• Detectar y corregir riesgos
• Planificar los controles prenatales
• Identificar factores de riesgo
• Prevenir complicaciones maternas
• Diagnosticar y tratar oportunamente
• Brindar atención integral a la gestante, su familia y comunidad
• Educar para la salud</td></tr>
<tr><td>Recursos Utilizados</td><td>Talento humano</td><td>Humanos:
Gebi PIC</td><td>Material:
Flayer</td></tr>
<tr><td>Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad</td><td colspan="3">
</td></tr>
</table>

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Siendo las 08:00 am me dirijo a Hospital Ismael Silva a solicitar de manera atenta y cordial el consolidado de gestantes caracterizadas en el municipio de Silvania. Sector urbano Continuo a esto y luego de recibir la respectiva información solicitada se realiza la canalización de gestantes a los Equipos Básicos de Salud (EBS) en función del micro territorio asignado, con el propósito de garantizar su adecuado seguimiento clínico y conocer oportunamente su estado de salud durante el embarazo.



¿Qué es la gestación?

La gestación es el proceso biológico durante el cual un embrión se desarrolla en el interior del útero de la madre, culminando con el nacimiento de un bebé. Este período comienza con la fertilización del óvulo por el espermatozoide y finaliza con el parto. Se trata de un proceso complejo que incluye múltiples cambios fisiológicos, hormonales y anatómicos tanto en el feto como en la madre.

Fases de la gestación

El proceso de gestación se divide en tres trimestres, cada uno de los cuales tiene características específicas:

Primer trimestre

Comprende las primeras 12 semanas de embarazo. Durante este período:

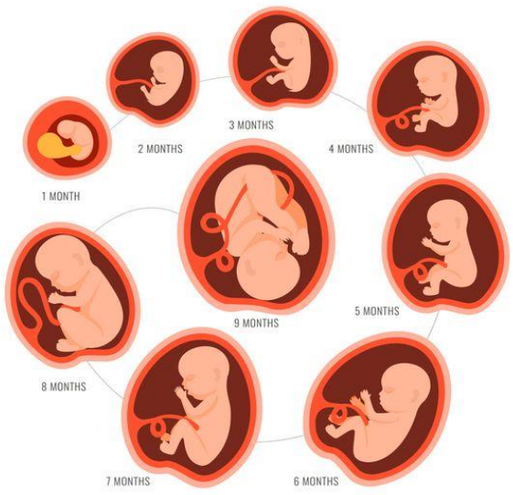
- Implantación: El embrión se adhiere a la pared del útero.
- Desarrollo embrionario: Se forman los órganos principales, el sistema nervioso y el corazón.
- Cambios hormonales: La producción de hormonas como la gonadotropina coriónica humana (hCG) aumenta significativamente.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Segundo trimestre De la semana 13 a la 26. En este período:



- Crecimiento fetal: El feto desarrolla tejidos y órganos funcionales.
- Movimientos fetales: Comienzan a ser perceptibles por la madre.
- Formación de sistemas: Se desarrolla el sistema esquelético y se perfeccionan los sentidos.



Tercer trimestre

De la semana 27 hasta el nacimiento. En esta etapa:

- Crecimiento acelerado: El feto gana peso y su sistema inmunológico se fortalece.
- Preparación para el parto: El bebé adopta la posición cefálica y los pulmones alcanzan madurez.

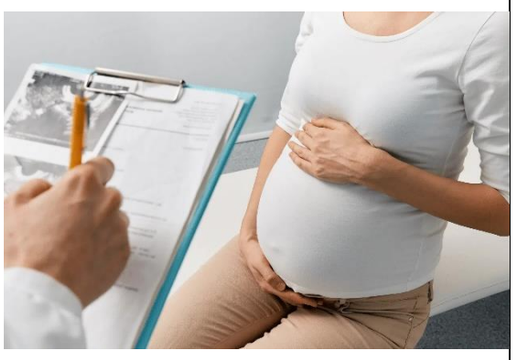
Duración de la gestación

La duración normal de la gestación humana es de aproximadamente 40 semanas, contadas desde el primer día del último período menstrual (aproximadamente 280 días). Puede variar ligeramente y se clasifica como:

- Parto a término: Entre las semanas 37 y 42.
- Parto prematuro: Antes de la semana 37.
- Embarazo prolongado: Más allá de la semana 42.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

La **atención prenatal** que recibe una mujer durante el embarazo contribuye a asegurar mejores resultados para la madre y el recién nacido, siendo un punto de entrada para recibir una amplia gama de servicios de salud en la promoción y prevención, incluyendo apoyo nutricional, prevención de la anemia, detección y prevención de enfermedades de transmisión La atención prenatal que recibe una mujer durante el embarazo contribuye a asegurar mejores resultados para la madre y el recién nacido, siendo un punto de entrada para recibir una amplia gama de servicios de salud en la promoción y prevención, incluyendo apoyo nutricional,



prevención de la anemia, detección y prevención de enfermedades de transmisión sexual, vacunación contra tétanos e influenza, entre otras.
Los objetivos del control prenatal son:

- Tamizaje, tratamiento y vigilancia de la evolución de patologías como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, sifilis, infección de vías urinarias, infección por VIH, malnutrición, carencia de vitaminas y micronutrientes.
- Evaluación de factores de riesgo , detección y manejo de complicaciones obstétricas: cicatrices uterinas, presentación anormal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sangrado en el embarazo, etc.
- Prevención sistemática de enfermedades como: tetanos neonatal y materno, anemia, transmisión de VIH

Consumo de vitaminas y minerales en las embarazadas

El consumo de micronutrientes aumenta la posibilidad de buen resultado obstétrico y reducción del riesgo de complicaciones. Los estudios nutricionales muestran que cerca de la cuarta parte de las embarazadas admite utilizar diferentes suplementos durante la gestación, a pesar de la falta de recomendaciones médicas para su consumo. Los suplementos multivitamínicos están ampliamente disponibles y pueden adquirirse sin prescripción en establecimientos comerciales, por la creencia



que son inofensivos. El consumo descontrolado de preparados con múltiples ingredientes -más allá del periodo adecuado a las necesidades clínicas- está asociado con riesgo de sobredosis e interacciones con otros fármacos prescritos. Por este motivo, es recomendable consultar al médico tratante antes de iniciar su consumo, pues es necesario considerar las características de la dieta, hábitos alimentarios y necesidades individuales de nutrientes de la gestante (por ejemplo, enfermedades crónicas). El mayor riesgo de efectos adversos está asociado al consumo excesivo de vitamina A, calcio, cobre, flúor, hierro y zinc.

El puerperio es la etapa que comienza para la mujer inmediatamente después del nacimiento. Suele decirse que tiene una duración de 40 días, aunque puede extenderse por meses e incluso hasta un año. En ese período retroceden los cambios que se produjeron durante el embarazo. Existe un puerperio inmediato que se produce en las primeras 24 a 48 horas inmediatas luego del parto, en los que las mujeres puérperas experimentarán grandes cambios tanto a nivel físico como emocional. Sea cual sea la etapa del puerperio en que la mujer se encuentre, requerirá apoyo especial de su entorno más cercano.

El puerperio tiene cuatro fases:



- **Puerperio inmediato**: son las primeras 24 horas después del parto.
- **Puerperio mediato**: abarca desde las 24 horas a los primeros 10 días luego de dar a luz.
- **Puerperio alejado:** se extiende hasta el día 40 posterior al parto.
- **Puerperio tardío:** es un período que se extiende hasta los 364 días después del parto.

El objetivo del **seguimiento del puerperio** es identificar y tratar afecciones que puedan surgir en esta etapa, y promover la salud de la madre y el bebé.

Objetivos específicos

- Detectar y tratar complicaciones como hemorragia e infección puerperal
- Vigilar la involución uterina y el aspecto de los loquios
- Enseñar y fomentar prácticas que promuevan la salud materno-infantil



ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	• Dar continuidad al cuidado iniciado en el hospital**Importancia del seguimiento**El puerperio es un periodo de recuperación después de dar a luz. Es importante mantener la vigilancia médica para evitar complicaciones. Cómo se realiza el seguimiento El seguimiento del puerperio se realiza a través de consultas especializadas. El profesional médico da las orientaciones e indicaciones a seguir.	
Hallazgos y Conclusiones	Se realiza seguimiento a las gestantes encontradas verificando su estado, Los seguimientos permiten **detectar riesgos de manera temprana**, reforzar la educación y tomar decisiones oportunas para evitar complicaciones en la madre y el bebé.	
Aportes y Sugerencias	Se realiza llamado antes de presenciar el seguimiento pero es muy difícil el acceso ya que se niegan a recibir la visita, alguna si quedan agradecidas por el cuidado hacia ellas y la importancia en su estado Gestacional.	
	Registro Fotográfico	X
	Listado de Asistencia	X

_____
Lorena Patricia Galindo
GEBI PIC
Hospital Ismael Silva- Silvania

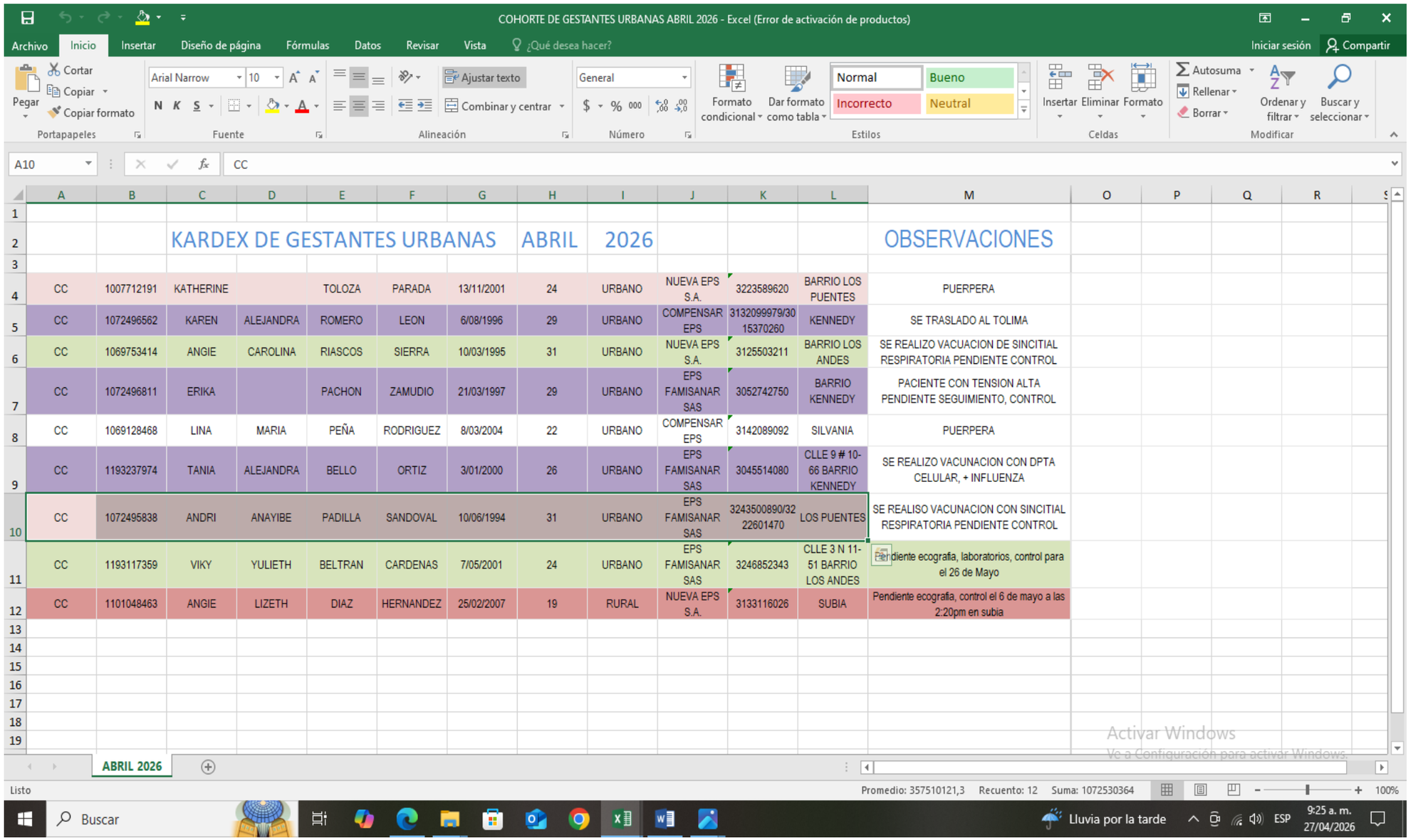
EVIDENCIA FOTOGRAFICA











ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Construyendo atención con calidad

HOSPITAL ISMAEL SILVA

E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUERPERAS
SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD - DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES

CUNDINAMARCA unidos podemos más

Nº FICHA FAMILIAR | MUNICIPIO Silvania | VEREDA Los Andes | AREA | FECHA VISITA 28-4-26

FUENTE APS [ ] PIC [X] CONCURRENCIA [ ]

DIRECCION Los Andes | TELEFONO

IDENTIFICACION

1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
Angie	Carolina	Riascos	Sierra

TIPO DE DOCUMENTO: CC [X] TI [ ] CE [ ] ADULTO SIN IDENTIFICACION [ ] NUIP [ ] Nº DOCUMENTO 1069753414 | FECHA DE NACIMIENTO 10-03-1995

NOTIFICACIÓN DE GESTANTE MENOR 15 AÑOS	ESTADO CIVIL	EDAD
JUSTICIA [ ] PROTECCION [ ] SALUD [ ]	SOLTERA [ ] CASADA [ ] VIUDA [ ] SEPARADA [ ] UNIÓN LIBRE [ ]	31

PERTENENCIA ETNICA
INDÍGENA [ ] ROM-GITANO [ ] RAIZAL [ ]
PALENQUERO [ ] AFRO COLOMBIANO [ ] OTRO [ ]

GRUPO POBLACIONAL
DESMOVILIZADA [ ] MADRE COMUNITARIA [ ] CON DISCAPACIDAD [ ] TRATA DE PERSONAS [ ]
HABITANTE DE CALLE [ ] MIGRANTE [ ] POBLACION CARCELARIA [ ] VICTIMA CONFLICTO ARMADO [ ]

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD
VISUAL [ ] FISICA [ ] COGNITIVA [ ]
AUDITIVA [ ] MULTIPLE [ ] NUNGUNA [X]
SORDO - CEGUERA [ ] MENTAL O PSICOSOCIAL [ ]

VINCULACION A REGIMEN DE SALUD
CONTIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ]
SUBSIDIADO [ ] NINGUNO [ ]

NOMBRE EAPB NUEVA EPS

NOMBRE IPS PRIMARIA DE ATENCION Hospital Ismael Silva

ESCOLARIDAD PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICA [V] UNIVERSITARIA [ ] ESPECIALISTA [ ] SIN ESTUDIOS [ ]

INFORMACION DE LA GESTACION ACTUAL

EMBARAZO ACTUAL
FORMULA OBSTÉTRICA G 2 P 1 C - A - V 1 M - | FECHA ULTIMO PARTO 26/08/2025 | CONSULTA PRECONCEPCIONAL SI [ ] NO [X]
FEC. ÚLTIMA MESTRUACIÓN 01/08/2025 | SEMANA DE GESTACION | FECHA PROBABLE DE PARTO 08/06/2026 | ASISTENCIA CPNT SI [X] NO [ ]
FECHA INICIO CPNT 20/04/2026 | TIENE CARNÉ MATERNO SI [X] NO [ ] | CUANTAS SEMANAS TENIA AL INICIO DEL CPNT 9.3 | A CUANTOS CPNT ASISTIO 5
FECHA DEL ULTIMO CPNT D D M M A A A A 2-4-2026

VACUNAS
TD/TT 1D [X] 2D [ ] 3D [ ] 4D [ ] 5D [ ] SIN VACUNA [ ] | ESQUEMA COMPLETO [ ] | DPT ACELULAR SI [X] NO [ ] | INFLUENZA SI [X] NO [ ]

CLASIFICACION DEL RIESGO DE LA GESTANTE

A. ANTECEDENTES OBSTETRICOS			B. CONDICIONES ASOCIADAS			C. EMBARAZO ACTUAL		
DEPRESION POS PARTO	SI	NO	ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES	SI	NO	AMENAZA DE ABORTO	SI	NO
MAS DE DOS ABORTOS	SI	NO	ASMA	SI	NO	ANEMIA	SI	NO
EDAD: MENOS DE 15 AÑOS	SI	NO	CUALQUIER ENF. CRONICA DIAGNOSTICADA	SI	NO	CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO	SI	NO
EDAD: 16 A 35 AÑOS	SI	NO	DIABETES GESTACIONAL	SI	NO	DESNUTRICION	SI	NO
EDAD: MAYOR DE 35	SI	NO	DIABETES MELLITUS I Y II	SI	NO	EMBARAZO MULTIPLE	SI	NO
ENFERMEDAD TRFOBLASTICA	SI	NO	ENFERMEDAD CARDIACA	SI	NO	EMBARAZO NO DESEADO	SI	NO
HOSPITALIZACION EN GESTACIONES PREVIAS	SI	NO	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	SI	NO	HEMORRAGIA VAGINAL: MENOR DE 20 SEMANAS	SI	NO
MAS DE DOS CESAREAS	SI	NO	HIPERTENSION CRONICA	SI	NO	HEMORRAGIA VAGINAL: MAYOR DE 20 SEMANAS	SI	NO
MUERTE PERINATAL	SI	NO	IVU RECURRENTE	SI	NO	HEPATITIS B	SI	NO
MUERTE PERINATAL	SI	NO	TRANSTORNOS TIROIDEOS	SI	NO	INICIO CPNT DESPUES SEM 10	SI	NO
PARIDAD: 0 PARTOS	SI	NO	VARICES SEVERAS	SI	NO	MALFORMACIONES FETALES	SI	NO
PARIDAD: 1 A 4 PARTOS	SI	NO	VIH - SIFILIS	SI	NO	OBESIDAD	SI	NO
PARIDAD: 5 PARTOS o MÁS	SI	NO				PLACENTA PREVIA	SI	NO
PARTO PREMATURO	SI	NO				RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NO
RECIEN NACIDO CON BAJO PESO	SI	NO				SIFILIS GESTACIONAL	SI	NO
RIESGO DE ISOINMUNIZACION	SI	NO				TOXOPLASMOSIS	SI	NO
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS	SI	NO				TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	SI	NO
						TRANSTORNO HIPERTENSIVO	SI	NO
						TRASNTORNO CRECIMIENTO UTERINO	SI	NO
						VIH MATERNO	SI	NO

PUNTAJE TOTAL BAJO RIESGO = NO RIESGO ALTO= MAS DE DOS SI

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DURANTE LA GESTACIÓN

DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL HA PRESENTADO:

	1ra. VISITA 28-4-26	2da. VISITA D M AA AA	3ra. VISITA D M AA AA	4ta. VISITA D M AA AA	5ta. VISITA D M AA AA	6ta. VISITA D M AA AA	7ma. VISITA D M AA AA	8va. VISITA D M AA AA	9na. VISITA D M AA AA
RIESGO PSICOSOCIAL									
TENSION EMOCIONAL LLANTO FACIL	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
HUMOR DEPRESIVO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
TRANSPIRACION MANOS, BOCA SECA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SOPORTE FAMILIAR	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
UBICACION GEOGRAFICA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
BIOLÓGICOS									
SIGNOS DE ALARMA ANTES DE LA SEMANA 20									
VOMITO PERSISNTENTE	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
FIEBRE T° >38°c	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR FUERTE BAJO VIENTRE	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
ARDOR O MOLESTIAS AL ORINAR	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SANGRADO VAGINAL	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
FLUJO VAGINAL MAL OLOR	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
NO GANANCIA O PERDIDA DE PESO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SIGNOS DE ALARMA DESPUES DE LA SEMANA 20									
DOLOR DE CABEZA VISION BORROSA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
FIEBRE T° >38°c	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
HINCHAZON EN CARA MANOS PIES	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
AUSENCIA MVTOS BEBE	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR SEVERO EN EL BAJO VIENTRE	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
ARDOR O MOLESTIA AL ORINAR	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SALIDA DE SANGRE POR LA VAGINA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
PRESENCIA DE MAS DE 4 CONTRACCIONES POR HORA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
RETRASO DE INICIO DE DOLORES DE PARTO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR AHOGO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR DE PECHO SEVERO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
TENER UNA PIERNA MAS HICHADA QUE LA OTRA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

Construyendo atención con calidad

HOSPITAL ISMAEL SILVA

E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA

PROFESION

INFORMACION DE LA GESTACION ACTUAL

PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CONTROL PRENATAL
ENFERMERA [ ] MEDICO GENERAL [X] GINECOLOGO [ ]

ASISTE AL CURSO PARA LA PREPARACION DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD [ ] SI [ ] NO

EXAMENES DE LABORATORIO

PREBA TREPONEMICA O VDRL	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]
PRUEBA RAPIDA DE VIH	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]
DEMAS PARACLINICOS	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]

ECOGRAFIAS

ECO DE TAMIZAJE [X] NO [ ] ECO DETALLE ANATOMICO [X] NO [ ] AMBAS [ ] SI [ ] NO [ ] NINGUNA [ ] SI [ ] NO

ANTIPARASITARIOS

SUMINISTRO DE MICRONUTRIENTES

ÁCIDO FÓLICO [X] NO [ ] SULFATO FERROSO [X] NO [ ] CARBONATO DE CALCIO [X] NO [ ] NO LOS RECIBIO [ ] SI [ ] NO

NO LOS RECIBIO [ ] SI [ ] NO [X] NO LOS REQUIRIO [ ] SI [X] NO

REQUIRIO HOSPITALIZACION, CAUSAS		CONDICION DE LA GESTACION		APOYO PSICOSOCIAL		QUIEN BRINDA EL APOYO		CONOCE DERECHOS EN SSR [X] SI [ ] NO
TRASTORNO HIPERTENSIVOS	[ ]	DESEADO	[ ]	AFECTIVO	[ ]	FAMILIA	[ ]	
COMPLICACIONES HEMORRAGICAS	[ ]	PLANEADO	[ ]	EMOCIONAL	[ ]	PAREJA	[ ]	
COMPLICACIONES DEL ABORTO	[ ]	ACEPTADO	[ ]	ECONOMICO	[ ]	OTRO	[ ]	
SEPSIS DE ORIGEN OBSTETRICO Y NO OBSTETRICO	[ ]	TODAS LAS ANTERIORES	[X]	TODAS LAS ANTERIORES	[X]	NINGUNA	[ ]	
ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE SE COMPLICA	[ ]	MANIFIESTA INTESION IVE	[ ]	NINGUNA	[ ]	FAMILIA Y PAREJA	[X]	
OTRO	[ ]					SOCIAL (GRUPOS SOCIALES, ENTIDADES, ONG, PASTORAL, ETC)	[ ]	
NINGUNA	[ ]							

EDUCACION BRINDADA

	1ra. VISITA	2da. VISITA	3ra. VISITA	4ta. VISITA	5ta. VISITA	6ta. VISITA	7ma. VISITA	8va. VISITA	9na. VISITA
	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA
SIGNOS DE ALARMA	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
AUTOCUIDADO	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
NUTRICION Y ALIMENTACION	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
LACTANCIA MATERNA	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
VACUNACION	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
DERECHOS SSR	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
CUIDADOS DEL RN	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
SALUD ORAL	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
IVE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
OTRO	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
NINGUNO	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA									
PROFESION									

CANALIZACION A SERVICIOS

	1ra. VISITA	2da. VISITA	3ra. VISITA	4ta. VISITA	5ta. VISITA	6ta. VISITA	7ma. VISITA	8va. VISITA	9na. VISITA
	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA
CONTROL PRENATAL	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
VACUNACION	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
ODONTOLOGIA	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
PLANIFICACION	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
CONTROL PUERPERIO	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
PSICOLOGIA	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
OTRO	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
NINGUNO	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA									
PROFESION									

CLASIFICACION

GESTANTE [X] PUERPERA [ ]

PUERPERIO

VISITA POST-PARTO

FECHA DE VISITA D D M M A A A A LUGAR DE ATENCION PARTO INSTITUCION [ ] CASA [ ] OTRO [ ]

FECHA DE PARTO D D M M A A A A NOMBRE IPS

TERMINACION DE LA GESTACION		CAUSAL IVE		CONTROL POS PARTO	
ABORTO	[ ]	SALUD MATERNA	[ ]	ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TRABAJO PARTO	[ ] SI [ ] NO
PARTO VAGINAL	[ ]	MALFORMACION FETAL	[ ]	ANALGESIA	[ ] SI [ ] NO
CESAREA	[ ]	EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLENCIA SEXUAL	[ ]	MANEJO ACTIVO DE ALUMBRAMIENTO	[ ] SI [ ] NO
IVE	[ ]				

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

PREECLAMPSIA 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	DEPRESION EMOCIONAL (LLANTO FACIL 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	IMFLAMACION DE MANOS, PIES Y CARA	[ ] SI [ ] NO
FIEBRE	[ ] SI [ ] NO	FC MAYOR A 100 X MIN	[ ] SI [ ] NO	SIGOS DE INFECCION EN AREA DE SUTURA (EPISIORRAFIA O CESAREA)	[ ] SI [ ] NO

RIESGO PUERPERA ALTO [ ] BAJO [ ]

ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR

FECHA CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR D D M M A A A A ASESORIA POS EVENTO OBSTETRICO [ ] SI [ ] NO

METODO UTILIZADO

ORAL [ ] INYECTABLE [ ] LIGADURA DE TROMPAS [ ] OTRO [ ] NINGUNO [ ]

RECIEN NACIDO - LACTANCIA MATERNA

ESTADO DEL RECIEN NACIDO		ESTADO DEL MUÑON UMBILICAL					
VIVO	[ ]			SIN SIGNOS DE INFECCIÓN (SSI)	[ ]	FECHA CONTROL RN	D D M M A A A A
MUERTO	[ ]			CON SIGNOS DE INFECCIÓN (CSI)	[ ]	FECHA DE VISITA	D D M M A A A A
MUERTO ANTES DEL PARTO	[ ]			NO REALIZADO	[ ]	CONTACTO PIEL A PIEL	[ ]
MUERTO DURANTE EL PARTO	[ ]	VACUNACION RN		BCG	[ ]	LACTANCIA INMEDIATA	[ ]
MUERTO DESPUES DEL PARTO	[ ]			HEPATITIS B	[ ]	LACTANCIA MATERNA	[ ] SI [ ] NO
				BCG Y HEPATITIS B	[ ]	PESO (Grs)	
				NO ESTA VACUNADO	[ ]	TALLA (Cm)	

OBSERVACIONES GENERALES

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

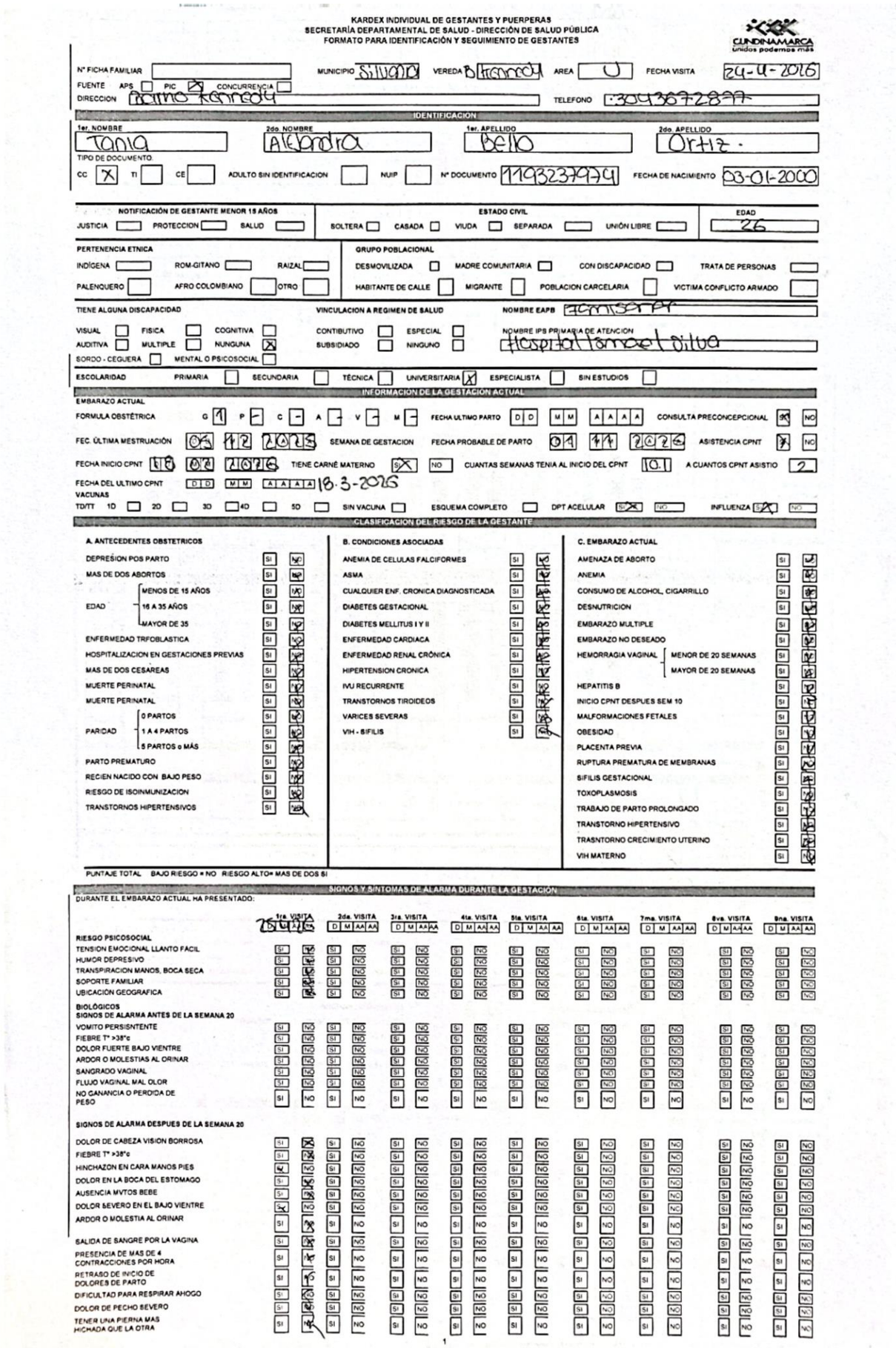
Construyendo atención con calidad

HOSPITAL ISMAEL SILVA

E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUERPERAS
SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD - DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES

CUNDINAMARCA unidos podemos más

N° FICHA FAMILIAR | MUNICIPIO Silvania | VEREDA B Kennedy | AREA U | FECHA VISITA 24-4-2026

FUENTE APS ☐ PIC ☒ CONCURRENCIA ☐

DIRECCION Barrio Kennedy | TELEFONO 3043672877

IDENTIFICACION

1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
Tania	Alexandra	Bello	Ortiz

TIPO DE DOCUMENTO: CC ☒ TI ☐ CE ☐ ADULTO SIN IDENTIFICACION ☐ NUIP ☐ | N° DOCUMENTO 1193237974 | FECHA DE NACIMIENTO 03-01-2000

NOTIFICACIÓN DE GESTANTE MENOR 18 AÑOS: JUSTICIA ☐ PROTECCION ☐ SALUD ☐

ESTADO CIVIL: SOLTERA ☐ CASADA ☐ VIUDA ☐ SEPARADA ☐ UNIÓN LIBRE ☐

EDAD: 26

PERTENENCIA ETNICA: INDÍGENA ☐ ROM-GITANO ☐ RAIZAL ☐ PALENQUERO ☐ AFRO COLOMBIANO ☐ OTRO ☐

GRUPO POBLACIONAL: DESMOVILIZADA ☐ MADRE COMUNITARIA ☐ CON DISCAPACIDAD ☐ TRATA DE PERSONAS ☐ HABITANTE DE CALLE ☐ MIGRANTE ☐ POBLACION CARCELARIA ☐ VICTIMA CONFLICTO ARMADO ☐

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: VISUAL ☐ FISICA ☐ COGNITIVA ☐ AUDITIVA ☐ MULTIPLE ☐ NUNGUNA ☒ SORDO - CEGUERA ☐ MENTAL O PSICOSOCIAL ☐

VINCULACION A REGIMEN DE SALUD: CONTIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ SUBSIDIADO ☐ NINGUNO ☐

NOMBRE EAPB: Ecmisalud

NOMBRE IPS PRIMARIA DE ATENCION: Hospital Ismael Silva

ESCOLARIDAD: PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICA ☐ UNIVERSITARIA ☒ ESPECIALISTA ☐ SIN ESTUDIOS ☐

INFORMACION DE LA GESTACION ACTUAL

EMBARAZO ACTUAL

FORMULA OBSTÉTRICA: G 1 P 0 C 0 A 0 V 0 M 0 | FECHA ULTIMO PARTO D D M M A A A A | CONSULTA PRECONCEPCIONAL SI ☐ NO

FEC. ÚLTIMA MESTRUACIÓN 05/12/2025 | SEMANA DE GESTACION | FECHA PROBABLE DE PARTO 01/11/2026 | ASISTENCIA CPNT SI ☒ NO ☐

FECHA INICIO CPNT 18/02/2026 | TIENE CARNÉ MATERNO SI ☒ NO ☐ | CUANTAS SEMANAS TENIA AL INICIO DEL CPNT 10.1 | A CUANTOS CPNT ASISTIO 2

FECHA DEL ULTIMO CPNT D D M M A A A A 18-3-2026

VACUNAS

TD/TT 1D ☐ 2D ☐ 3D ☐ 4D ☐ 5D ☐ SIN VACUNA ☐ | ESQUEMA COMPLETO ☐ | DPT ACELULAR SI ☒ NO ☐ | INFLUENZA SI ☒ NO ☐

CLASIFICACION DEL RIESGO DE LA GESTANTE

A. ANTECEDENTES OBSTETRICOS		B. CONDICIONES ASOCIADAS		C. EMBARAZO ACTUAL	
DEPRESION POS PARTO	NO	ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES	NO	AMENAZA DE ABORTO	NO
MAS DE DOS ABORTOS	NO	ASMA	NO	ANEMIA	NO
EDAD: MENOS DE 15 AÑOS	NO	CUALQUIER ENF. CRONICA DIAGNOSTICADA	NO	CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO	NO
EDAD: 16 A 35 AÑOS	NO	DIABETES GESTACIONAL	NO	DESNUTRICION	NO
EDAD: MAYOR DE 35	NO	DIABETES MELLITUS I Y II	NO	EMBARAZO MULTIPLE	NO
ENFERMEDAD TRFOBLASTICA	NO	ENFERMEDAD CARDIACA	NO	EMBARAZO NO DESEADO	NO
HOSPITALIZACION EN GESTACIONES PREVIAS	NO	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	NO	HEMORRAGIA VAGINAL: MENOR DE 20 SEMANAS	NO
MAS DE DOS CESAREAS	NO	HIPERTENSION CRONICA	NO	HEMORRAGIA VAGINAL: MAYOR DE 20 SEMANAS	NO
MUERTE PERINATAL	NO	IVU RECURRENTE	NO	HEPATITIS B	NO
MUERTE PERINATAL	NO	TRANSTORNOS TIROIDEOS	NO	INICIO CPNT DESPUES SEM 10	NO
PARIDAD: 0 PARTOS	NO	VARICES SEVERAS	NO	MALFORMACIONES FETALES	NO
PARIDAD: 1 A 4 PARTOS	NO	VIH - SIFILIS	SI	OBESIDAD	NO
PARIDAD: 5 PARTOS o MÁS	NO			PLACENTA PREVIA	NO
PARTO PREMATURO	NO			RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	NO
RECIEN NACIDO CON BAJO PESO	NO			SIFILIS GESTACIONAL	NO
RIESGO DE ISOINMUNIZACION	NO			TOXOPLASMOSIS	NO
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS	NO			TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	NO
				TRANSTORNO HIPERTENSIVO	NO
				TRASNTORNO CRECIMIENTO UTERINO	NO
				VIH MATERNO	NO

PUNTAJE TOTAL BAJO RIESGO = NO RIESGO ALTO= MAS DE DOS SI

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DURANTE LA GESTACION

DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL HA PRESENTADO:

	1ra. VISITA 24/4/26	2da. VISITA D M AA AA	3ra. VISITA D M AA AA	4ta. VISITA D M AA AA	5ta. VISITA D M AA AA	6ta. VISITA D M AA AA	7ma. VISITA D M AA AA	8va. VISITA D M AA AA	9na. VISITA D M AA AA
RIESGO PSICOSOCIAL									
TENSION EMOCIONAL LLANTO FACIL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
HUMOR DEPRESIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
TRANSPIRACION MANOS, BOCA SECA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SOPORTE FAMILIAR	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
UBICACION GEOGRAFICA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
BIOLÓGICOS SIGNOS DE ALARMA ANTES DE LA SEMANA 20									
VOMITO PERSISNTENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIEBRE T° >38°c	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
DOLOR FUERTE BAJO VIENTRE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ARDOR O MOLESTIAS AL ORINAR	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SANGRADO VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FLUJO VAGINAL MAL OLOR	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO GANANCIA O PERDIDA DE PESO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SIGNOS DE ALARMA DESPUES DE LA SEMANA 20									
DOLOR DE CABEZA VISION BORROSA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIEBRE T° >38°c	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
HINCHAZON EN CARA MANOS PIES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
AUSENCIA MVTOS BEBE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
DOLOR SEVERO EN EL BAJO VIENTRE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ARDOR O MOLESTIA AL ORINAR	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SALIDA DE SANGRE POR LA VAGINA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
PRESENCIA DE MAS DE 4 CONTRACCIONES POR HORA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
RETRASO DE INICIO DE DOLORES DE PARTO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR AHOGO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
DOLOR DE PECHO SEVERO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
TENER UNA PIERNA MAS HICHADA QUE LA OTRA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

1

Construyendo atención con calidad

HOSPITAL ISMAEL SILVA

E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA

PROFESION

INFORMACIÓN DE LA GESTACIÓN ACTUAL

PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CONTROL PRENATAL

ENFERMERA [X] MEDICO GENERAL [ ] GINECOLOGO [ ]

ASISTE AL CURSO PARA LA PREPARACION DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD SI [ ] NO [ ]

EXAMENES DE LABORATORIO

PREBA TREPONEMICA O VDRL	I TRIM [X]	II TRIM [X]	III TRIM [X]	NO TIENE NINGUNA [X]	LAS TIENE TODAS [X]
PRUEBA RAPIDA DE VIH	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]
DEMAS PARACLINICOS	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]

ECOGRAFIAS

ECO DE TAMIZAJE [X] NO [ ] ECO DETALLE ANATOMICO SI [ ] NO [ ] AMBAS SI [ ] NO [ ] NUNGUNA SI [ ] NO [ ]

ANTIPARASITARIOS

NO LOS RECIBIO SI [ ] NO LOS REQUIRIO SI [ ] NO [X]

SUMINISTRO DE MICRONUTRIENTES

ÁCIDO FÓLICO [X] NO [ ] SULFATO FERROSO [X] NO [ ] CARBONATO DE CALCIO [X] NO [ ] NO LOS RECIBIO [X] NO [ ]

REQUIRIO HOSPITALIZACION, CAUSAS		CONDICION DE LA GESTACION		APOYO PSICOSOCIAL		QUIEN BRINDA EL APOYO		CONOCE DERECHOS EN SSR	
TRASTORNO HIPERTENSIVOS	[ ]	DESEADO	[ ]	AFECTIVO	[ ]	FAMILIA	[ ]	SI [X]	NO [ ]
COMPLICACIONES HEMORRAGICAS	[ ]	PLANEADO	[ ]	EMOCIONAL	[ ]	PAREJA	[ ]		
COMPLICACIONES DEL ABORTO	[ ]	ACEPTADO	[ ]	ECONOMICO	[ ]	OTRO	[ ]		
SEPSIS DE ORIGEN OBSTETRICO Y NO OBSTETRICO	[ ]	TODAS LAS ANTERIORES	[X]	TODAS LAS ANTERIORES	[X]	NINGUNA	[ ]		
ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE SE COMPLICA	[ ]	MANIFIESTA INTESION IVE	[ ]	NINGUNA	[ ]	FAMILIA Y PAREJA	[X]		
OTRO	[ ]					SOCIAL (GRUPOS SOCIALES, ENTIDADES, ONG, PASTORAL, ETC)	[ ]		
NINGUNA	[ ]								

EDUCACION BRINDADA

	1ra. VISITA	2da. VISITA	3ra. VISITA	4ta. VISITA	5ta. VISITA	6ta. VISITA	7ma. VISITA	8va. VISITA	9na. VISITA
	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA
SIGNOS DE ALARMA	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
AUTOCUIDADO	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
NUTRICION Y ALIMENTACION	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
LACTANCIA MATERNA	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
VACUNACION	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
DERECHOS SSR	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
CUIDADOS DEL RN	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
SALUD ORAL	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
IVE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
OTRO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
NINGUNO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA									
PROFESION									

CANALIZACION A SERVICIOS

	1ra. VISITA	2da. VISITA	3ra. VISITA	4ta. VISITA	5ta. VISITA	6ta. VISITA	7ma. VISITA	8va. VISITA	9na. VISITA
	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA
CONTROL PRENATAL	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
VACUNACION	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
ODONTOLOGIA	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
PLANIFICACION	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
CONTROL PUERPERIO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
PSICOLOGIA	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
OTRO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
NINGUNO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]
NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA									
PROFESION									

CLASIFICACION

GESTANTE [X] PUERPERA [ ]

PUERPERIO

VISITA POST-PARTO

FECHA DE VISITA D D M M A A A A LUGAR DE ATENCION PARTO INSTITUCION [ ] CASA [ ] OTRO [ ]

FECHA DE PARTO D D M M A A A A NOMBRE IPS

TERMINACION DE LA GESTACION		CAUSAL IVE			
ABORTO	[ ]	SALUD MATERNA	[ ]	CONTROL POS PARTO	SI [ ] NO [ ]
PARTO VAGINAL	[ ]	MALFORMACION FETAL	[ ]	ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TRABAJO PARTO	SI [ ] NO [ ]
CESAREA	[ ]	EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLENCIA SEXUAL	[ ]	ANALGESIA	SI [ ] NO [ ]
IVE	[ ]			MANEJO ACTIVO DE ALUMBRAMIENTO	SI [ ] NO [ ]

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

PREECLAMPSIA 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 [ ]	DEPRESION EMOCIONAL (LLANTO FACIL 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 [ ]	SIGOS DE INFECCION EN AREA DE SUTURA (EPISIORRAFIA O CESAREA)		SI [ ]	NO [ ]
RIESGO PUERPERA	ALTO [ ]	BAJO [ ]					

ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR

FECHA CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR D D M M A A A A ASESORIA POS EVENTO OBSTETRICO SI [ ] NO [ ]

METODO UTILIZADO

ORAL [ ] INYECTABLE [ ] LIGADURA DE TROMPAS [ ] OTRO [ ] NINGUNO [ ]

RECIEN NACIDO - LACTANCIA MATERNA

ESTADO DEL RECIEN NACIDO		ESTADO DEL MUÑON UMBILICAL			
VIVO	[ ]	SIN SIGNOS DE INFECCIÓN (SSI)	[ ]	FECHA CONTROL RN	D D M M A A A A
MUERTO	[ ]	CON SIGNOS DE INFECCIÓN (CSI)	[ ]	FECHA DE VISITA	D D M M A A A A
MUERTO ANTES DEL PARTO	[ ]	NO REALIZADO	[ ]	CONTACTO PIEL A PIEL	[ ]
MUERTO DURANTE EL PARTO	[ ]	VACUNACION RN		LACTANCIA INMEDIATA	[ ]
MUERTO DESPUES DEL PARTO	[ ]	BCG	[ ]	LACTANCIA MATERNA	SI [ ] NO [ ]
		HEPATITIS B	[ ]	PESO (Grs)	
		BCG Y HEPATITIS B	[ ]	TALLA (Cm)	
		NO ESTA VACUNADO	[ ]		

OBSERVACIONES GENERALES

Gobernación de CUNDINAMARCA

PLAN DE CUIDADO E INTERVENCION FAMILIAR EN SALUD

MUNICIPIO: Silvania VEREDA: Barno Kennedy CLASIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR: TELEFONO DE CONTACTO: 3052742750

APELLIDOS DE LA FAMILIA: Erika pachon zamudio FECHA DE SEGUIMIENTO O INTERVENCION: 25-04-2026 N° FICHA FAMILIAR: _____

N°DE DOCUMENTO DEL JEFE DEL HOGAR: 1072496811

N° INTEGRANTE: 1 EDAD: 28 FC: 80 FR: 18 T/A: _____ IMC: _____ T° 36 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
se realiza seguimiento a la gestante Erika pachon zamudio de 28 años con # de cc: 1072496811 afiliada a la EAPB famisanar. residente en el barno kennedy con 14 semanas nos refiere que. en el ultimo control la doctora le comento que tenia la tension un poco alta que tiene que esperar la cita con el Ginecologo haver que reporta el, el lunes 20 de. Abril estuvo en el servicio de urgencias, refiere sentir mucho mareo continua con las citas programadas tomando suplementos ordenados por el medico tratante.	se brinda educacion sobre el la hipertension, en el embarazo ya que puede aumentar riesgos como la preclamsia parto prematuro o problemas en el crecimiento del bebe, la jefe Marcela serrano ejecutara del plc brinda educacion sobre la hipertension. Alimenta cion saludable, como reducir el consumo de sal, Aumentar frutas verduras evitar bebidas con cafeina agua de panela, se entrega un volante sobre signos de alarma. como dolor de cabeza intenso, vision borrosa hinchazon en cara, manos y pies dolor fuerte en la boca del estomago ademas la jefe da una Orden para que se acerque al servicio de urgencias y, le tomen la tension arterial.	la gestante se compromete a continuar con las citas programadas, el proximo control es para el 8 de mayo por lo tanto ya tiene sus laboratorios tomados.

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA FAMILIAR, DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y No DE TELEFONO	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA VISITA DE SALUD Y CARGO:
Erika Pachon Zamudio	Lorena Galindo

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

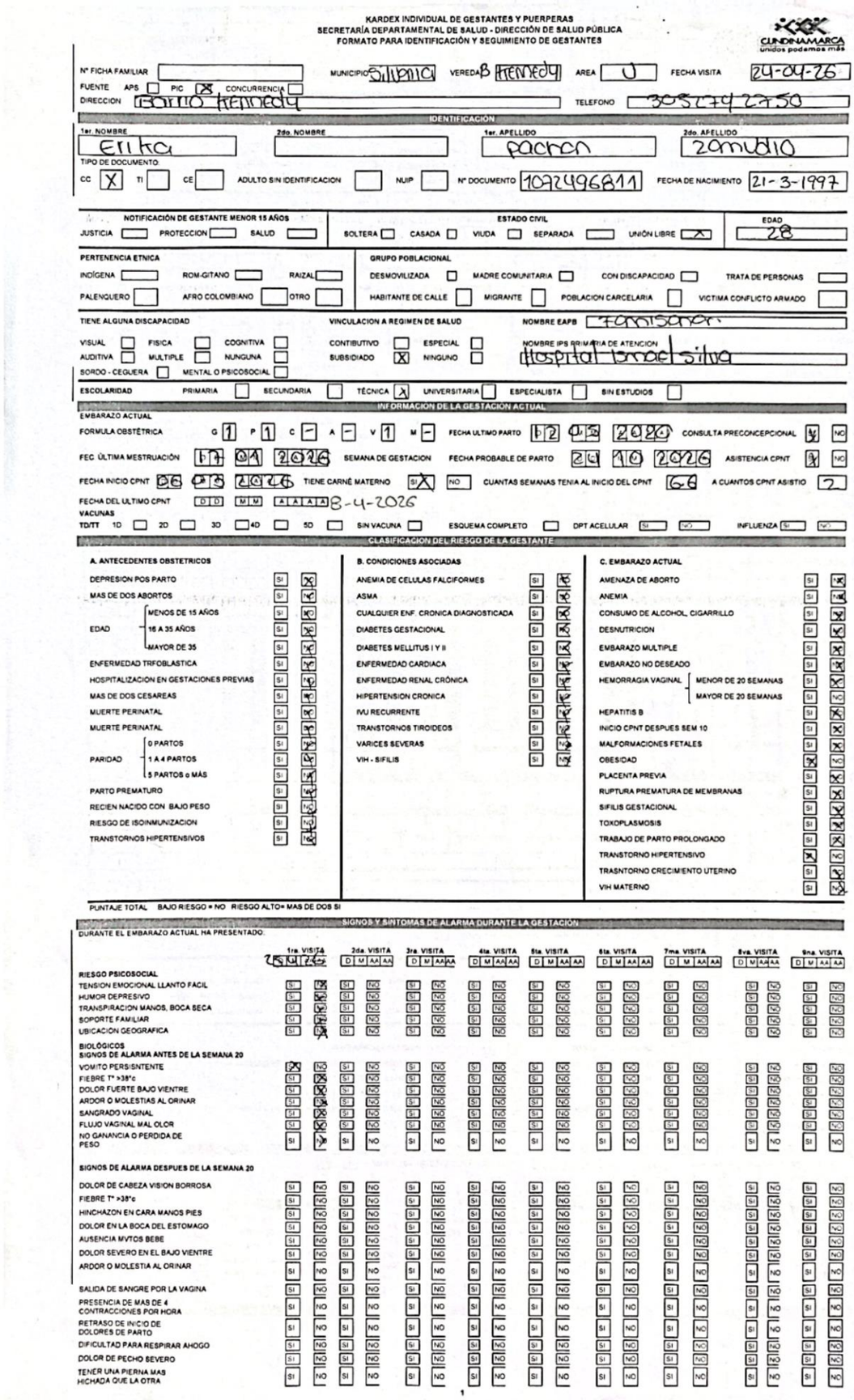
Construyendo atención con calidad

HOSPITAL ISMAEL SILVA

E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUERPERAS
SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD - DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES

CUNDINAMARCA unidos podemos más

Nº FICHA FAMILIAR | MUNICIPIO Silvania | VEREDA B Kennedy | AREA U | FECHA VISITA 24-04-26
FUENTE APS ☐ PIC ☒ CONCURRENCIA ☐
DIRECCION Barrio Kennedy | TELEFONO 3057742750

IDENTIFICACIÓN

1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
Erika		Pacheco	Zamudio

TIPO DE DOCUMENTO: CC ☒ TI ☐ CE ☐ ADULTO SIN IDENTIFICACION ☐ NUIP ☐ Nº DOCUMENTO 1072496811 FECHA DE NACIMIENTO 21-3-1997

NOTIFICACIÓN DE GESTANTE MENOR 15 AÑOS: JUSTICIA ☐ PROTECCION ☐ SALUD ☐
ESTADO CIVIL: SOLTERA ☐ CASADA ☐ VIUDA ☐ SEPARADA ☐ UNIÓN LIBRE ☒
EDAD: 28

PERTENENCIA ETNICA: INDÍGENA ☐ ROM-GITANO ☐ RAIZAL ☐ PALENQUERO ☐ AFRO COLOMBIANO ☐ OTRO ☐
GRUPO POBLACIONAL: DESMOVILIZADA ☐ MADRE COMUNITARIA ☐ CON DISCAPACIDAD ☐ TRATA DE PERSONAS ☐ HABITANTE DE CALLE ☐ MIGRANTE ☐ POBLACION CARCELARIA ☐ VICTIMA CONFLICTO ARMADO ☐

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: VISUAL ☐ FISICA ☐ COGNITIVA ☐ AUDITIVA ☐ MULTIPLE ☐ NUNGUNA ☐ SORDO - CEGUERA ☐ MENTAL O PSICOSOCIAL ☐
VINCULACION A REGIMEN DE SALUD: CONTIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ SUBSIDIADO ☒ NINGUNO ☐
NOMBRE EAPB: Famisanar
NOMBRE IPS PRIMARIA DE ATENCION: Hospital Ismael Silva
ESCOLARIDAD: PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICA ☒ UNIVERSITARIA ☐ ESPECIALISTA ☐ SIN ESTUDIOS ☐

INFORMACION DE LA GESTACIÓN ACTUAL

EMBARAZO ACTUAL
FORMULA OBSTÉTRICA G 1 P 1 C - A - V 1 M - FECHA ULTIMO PARTO 12 05 2025 CONSULTA PRECONCEPCIONAL SI ☒ NO ☐
FEC ÚLTIMA MESTRUACIÓN 17 04 2026 SEMANA DE GESTACION FECHA PROBABLE DE PARTO 24 10 2026 ASISTENCIA CPNT SI ☒ NO ☐
FECHA INICIO CPNT 06 05 2026 TIENE CARNÉ MATERNO SI ☒ NO ☐ CUANTAS SEMANAS TENIA AL INICIO DEL CPNT 6 A CUANTOS CPNT ASISTIO 2
FECHA DEL ULTIMO CPNT D D M M A A A A 8-4-2026
VACUNAS
TD/TT 1D ☐ 2D ☐ 3D ☐ 4D ☐ 5D ☐ SIN VACUNA ☐ ESQUEMA COMPLETO ☐ DPT ACELULAR SI ☐ NO ☐ INFLUENZA SI ☐ NO ☐

CLASIFICACION DEL RIESGO DE LA GESTANTE

A. ANTECEDENTES OBSTETRICOS			B. CONDICIONES ASOCIADAS			C. EMBARAZO ACTUAL		
DEPRESION POS PARTO	SI	NO X	ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES	SI	NO X	AMENAZA DE ABORTO	SI	NO X
MAS DE DOS ABORTOS	SI	NO X	ASMA	SI	NO X	ANEMIA	SI	NO X
EDAD: MENOS DE 15 AÑOS	SI	NO X	CUALQUIER ENF. CRONICA DIAGNOSTICADA	SI	NO X	CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO	SI	NO X
EDAD: 15 A 35 AÑOS	SI	NO X	DIABETES GESTACIONAL	SI	NO X	DESNUTRICION	SI	NO X
EDAD: MAYOR DE 35	SI	NO X	DIABETES MELLITUS I Y II	SI	NO X	EMBARAZO MULTIPLE	SI	NO X
ENFERMEDAD TROFOBLASTICA	SI	NO X	ENFERMEDAD CARDIACA	SI	NO X	EMBARAZO NO DESEADO	SI	NO X
HOSPITALIZACION EN GESTACIONES PREVIAS	SI	NO X	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	SI	NO X	HEMORRAGIA VAGINAL: MENOR DE 20 SEMANAS	SI	NO X
MAS DE DOS CESAREAS	SI	NO X	HIPERTENSION CRONICA	SI	NO X	HEMORRAGIA VAGINAL: MAYOR DE 20 SEMANAS	SI	NO X
MUERTE PERINATAL	SI	NO X	IVU RECURRENTE	SI	NO X	HEPATITIS B	SI	NO X
MUERTE PERINATAL	SI	NO X	TRANSTORNOS TIROIDEOS	SI	NO X	INICIO CPNT DESPUES SEM 10	SI	NO X
PARIDAD: 0 PARTOS	SI	NO X	VARICES SEVERAS	SI	NO X	MALFORMACIONES FETALES	SI	NO X
PARIDAD: 1 A 4 PARTOS	SI	NO X	VIH - SIFILIS	SI	NO X	OBESIDAD	SI	NO X
PARIDAD: 5 PARTOS o MÁS	SI	NO X				PLACENTA PREVIA	SI	NO X
PARTO PREMATURO	SI	NO X				RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NO X
RECIEN NACIDO CON BAJO PESO	SI	NO X				SIFILIS GESTACIONAL	SI	NO X
RIESGO DE ISOINMUNIZACION	SI	NO X				TOXOPLASMOSIS	SI	NO X
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS	SI	NO X				TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	SI	NO X
						TRANSTORNO HIPERTENSIVO	SI	NO X
						TRASNTORNO CRECIMIENTO UTERINO	SI	NO X
						VIH MATERNO	SI	NO X

PUNTAJE TOTAL BAJO RIESGO = NO RIESGO ALTO= MAS DE DOS SI

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DURANTE LA GESTACIÓN

DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL HA PRESENTADO:

	1ra. VISITA 24-04-26	2da. VISITA D M AA AA	3ra. VISITA D M AA AA	4ta. VISITA D M AA AA	5ta. VISITA D M AA AA	6ta. VISITA D M AA AA	7ma. VISITA D M AA AA	8va. VISITA D M AA AA	9na. VISITA D M AA AA
RIESGO PSICOSOCIAL									
TENSION EMOCIONAL LLANTO FACIL	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
HUMOR DEPRESIVO	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
TRANSPIRACION MANOS, BOCA SECA	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SOPORTE FAMILIAR	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
UBICACION GEOGRAFICA	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
BIOLÓGICOS SIGNOS DE ALARMA ANTES DE LA SEMANA 20									
VOMITO PERSISTENTE	NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
FIEBRE T° >38°c	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR FUERTE BAJO VIENTRE	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
ARDOR O MOLESTIAS AL ORINAR	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SANGRADO VAGINAL	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
FLUJO VAGINAL MAL OLOR	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
NO GANANCIA O PERDIDA DE PESO	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SIGNOS DE ALARMA DESPUES DE LA SEMANA 20									
DOLOR DE CABEZA VISION BORROSA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
FIEBRE T° >38°c	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
HINCHAZON EN CARA MANOS PIES	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
AUSENCIA MVTOS BEBE	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR SEVERO EN EL BAJO VIENTRE	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
ARDOR O MOLESTIA AL ORINAR	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SALIDA DE SANGRE POR LA VAGINA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
PRESENCIA DE MAS DE 4 CONTRACCIONES POR HORA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
RETRASO DE INICIO DE DOLORES DE PARTO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR AHOGO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR DE PECHO SEVERO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
TENER UNA PIERNA MAS HICHADA QUE LA OTRA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

1

Construyendo atención con calidad

HOSPITAL ISMAEL SILVA

E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA

PROFESION

INFORMACION DE LA GESTACION ACTUAL

PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CONTROL PRENATAL

ENFERMERA [X] MEDICO GENERAL [X] GINECOLOGO [ ]

ASISTE AL CURSO PARA LA PREPARACION DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD SI [ ] NO [ ]

EXAMENES DE LABORATORIO

PREBA TREPONEMICA O VDRL	I TRIM [X]	II TRIM [X]	III TRIM [X]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [X]
PRUEBA RAPIDA DE VIH	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]
DEMAS PARACLINICOS	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]

ECOGRAFIAS

ECO DE TAMIZAJE SI [X] NO [X] ECO DETALLE ANATOMICO SI [ ] NO [ ] AMBAS SI [ ] NO [ ] NUNGUNA SI [ ] NO [ ]

ANTIPARASITARIOS

SUMINISTRO DE MICRONUTRIENTES

ÁCIDO FÓLICO SI [X] NO [ ] SULFATO FERROSO SI [X] NO [ ] CARBONATO DE CALCIO SI [X] NO [ ] NO LOS RECIBIO SI [X] NO [ ]

NO LOS RECIBIO SI [ ] NO [ ] NO LOS REQUIRIO SI [ ] NO [ ]

REQUIRIO HOSPITALIZACION, CAUSAS		CONDICION DE LA GESTACION		APOYO PSICOSOCIAL		QUIEN BRINDA EL APOYO		CONOCE DERECHOS EN SSR	
TRASTORNO HIPERTENSIVOS	[ ]	DESEADO	[ ]	AFECTIVO	[ ]	FAMILIA	[ ]	SI [X]	NO [ ]
COMPLICACIONES HEMORRAGICAS	[ ]	PLANEADO	[ ]	EMOCIONAL	[ ]	PAREJA	[ ]		
COMPLICACIONES DEL ABORTO	[ ]	ACEPTADO	[ ]	ECONOMICO	[ ]	OTRO	[ ]		
SEPSIS DE ORIGEN OBSTETRICO Y NO OBSTETRICO	[ ]	TODAS LAS ANTERIORES	[X]	TODAS LAS ANTERIORES	[X]	NINGUNA	[ ]		
ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE SE COMPLICA	[ ]	MANIFIESTA INTESION IVE	[ ]	NINGUNA	[ ]	FAMILIA Y PAREJA	[X]		
OTRO	[ ]					SOCIAL (GRUPOS SOCIALES, ENTIDADES, ONG, PASTORAL, ETC)	[ ]		
NINGUNA	[ ]								

EDUCACON BRINDADA

	1ra. VISITA	2da. VISITA	3ra. VISITA	4ta. VISITA	5ta. VISITA	6ta. VISITA	7ma. VISITA	8va. VISITA	9na. VISITA
	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA
SIGNOS DE ALARMA									
AUTOCUIDADO									
NUTRICION Y ALIMENTACION									
LACTANCIA MATERNA	[X] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
VACUNACION	[X] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
DERECHOS SSR	[X] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
CUIDADOS DEL RN	[X] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
SALUD ORAL	SI [X]	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
IVE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	[X] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
OTRO	SI [ ]	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
NINGUNO	SI [X]	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA									
PROFESION									

CANALIZACION A SERVICIOS

	1ra. VISITA	2da. VISITA	3ra. VISITA	4ta. VISITA	5ta. VISITA	6ta. VISITA	7ma. VISITA	8va. VISITA	9na. VISITA
	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA	D D M M AA AA
CONTROL PRENATAL									
VACUNACION	[X] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
ODONTOLOGIA	[X] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
PLANIFICACION	[X] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
CONTROL PUERPERIO	SI [X]	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD	[X] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
PSICOLOGIA	[X] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
OTRO	SI [ ]	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
NINGUNO	SI [X]	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO	SI [ ] NO
NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA									
PROFESION									

CLASIFICACION

GESTANTE [X] PUERPERA [ ]

PUERPERIO

VISITA POST-PARTO

FECHA DE VISITA D D M M A A A A LUGAR DE ATENCION PARTO INSTITUCION [ ] CASA [ ] OTRO [ ]

FECHA DE PARTO D D M M A A A A NOMBRE IPS

TERMINACION DE LA GESTACION		CAUSAL IVE		CONTROL POS PARTO	
ABORTO	[ ]	SALUD MATERNA	[ ]	ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TRABAJO PARTO	SI [ ] NO [ ]
PARTO VAGINAL	[ ]	MALFORMACION FETAL	[ ]	ANALGESIA	SI [ ] NO [ ]
CESAREA	[ ]	EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLENCIA SEXUAL	[ ]	MANEJO ACTIVO DE ALUMBRAMIENTO	SI [ ] NO [ ]
IVE	[ ]				

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

PREECLAMPSIA 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 [ ]	DEPRESION EMOCIONAL (LLANTO FACIL 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 [ ]	IMFLAMACION DE MANOS, PIES Y CARA	SI [ ] NO [ ]
FIEBRE	SI [ ] NO [ ]	FC MAYOR A 100 X MIN	SI [ ] NO [ ]	SIGOS DE INFECCION EN AREA DE SUTURA (EPISIORRAFIA O CESAREA)	SI [ ] NO [ ]

RIESGO PUERPERA ALTO [ ] BAJO [ ]

ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR

FECHA CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR D D M M A A A A ASESORIA POS EVENTO OBSTETRICO SI [ ] NO [ ]

METODO UTILIZADO

ORAL [ ] INYECTABLE [ ] LIGADURA DE TROMPAS [ ] OTRO [ ] NINGUNO [ ]

RECIEN NACIDO - LACTANCIA MATERNA

ESTADO DEL RECIEN NACIDO		ESTADO DEL MUÑON UMBILICAL					
VIVO	[ ]	SIN SIGNOS DE INFECCIÓN (SSI)	[ ]	FECHA CONTROL RN	D D M M A A A A		
MUERTO	[ ]	CON SIGNOS DE INFECCIÓN (CSI)	[ ]	FECHA DE VISITA	D D M M A A A A		
MUERTO ANTES DEL PARTO	[ ]	NO REALIZADO	[ ]	CONTACTO PIEL A PIEL	[ ]		
MUERTO DURANTE EL PARTO	[ ]	VACUNACION RN		LACTANCIA INMEDIATA	[ ]		
MUERTO DESPUES DEL PARTO	[ ]	BCG	[ ]	LACTANCIA MATERNA	SI [ ] NO [ ]		
		HEPATITIS B	[ ]	PESO (Grs)			
		BCG Y HEPATITIS B	[ ]	TALLA (Cm)			
		NO ESTA VACUNADO	[ ]				

OBSERVACIONES GENERALES

Gobernación de CUNDINAMARCA

PLAN DE CUIDADO E INTERVENCION FAMILIAR EN SALUD

MUNICIPIO: Silvania VEREDA: Subia CLASIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR: TELEFONO DE CONTACTO: 3133116026
APELLIDOS DE LA FAMILIA: Angie Lizeth Diaz Hernandez FECHA DE SEGUIMIENTO O INTERVENCION: 23-04-2026 N° FICHA FAMILIAR:
N°DE DOCUMENTO DEL JEFE DEL HOGAR: 1101048463
N° INTEGRANTE: 1 EDAD: 18 FC: 80 FR: 18 T/A: 110/70 IMC: 48 T°: 36 PESO: 79 TALLA 152 PA: 48 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
Se realiza de seguimiento a la gestante Angie Lizeth Diaz Hernandez con 18 años de edad # de identificacion cc: 1101048463 residente en la vereda de Subia central afiliada a la EAPB de: Nueva EPS, quien se encuentra en la semana 36.4 de Gestacion asistiendo a controles, consumiendo micronutrientes ordenados por el medico, refiere que se encuentra en un estado normal de salud, teniendo en cuenta y pendiente una ecografia Transabdominal, del III Trimestre y control en 15 dias para el 06 de Mayo a las 2:20 pm	Se brinda educacion sobre signos de alarma ya que se encuentra en la ultima etapa de su gestacion, como dolor de cabeza, cefalias, vision borrosa, inflamacion de cara, manos y pies, dolor en el epigastrio, presencia de contracciones, salida de liquido o sangre por los genitales, ausencia en los movimientos del bebe, se recuerda que si llega a presentar algun signo antes mencionado acudir de inmediato al servicio de urgencias, preparacion del bolso para el parto se realiza educacion sobre lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses ya que aporta nutrientes perfectos para su desarrollo, refuerza el sistema inmunologico, favorece el desarrollo celebral, reduce enfermedades	la gestante se compromete a continuar con las citas requeridas y laboratorios. • asistir al proximo control el proximo 06-05-26

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA FAMILIAR, DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y No DE TELEFONO	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA VISITA DE SALUD Y CARGO:
a- ANGIE LIZETH DIAZ 1101048463	Lorena Galindo Gebi

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

HOSPITAL ISMAEL SILVA
Construyendo atención con calidad
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDIA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUERPERAS
SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD - DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES

CUNDINAMARCA unidos podemos más

Nº FICHA FAMILIAR | MUNICIPIO Silvania | VEREDA Subia | AREA R | FECHA VISITA 23-04-26
FUENTE APS ☐ PIC ☒ CONCURRENCIA ☐
DIRECCION subia centro | TELEFONO

IDENTIFICACION

1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
Angie	Lizeth	Diaz	Hernandez.

TIPO DE DOCUMENTO: CC [X] TI [ ] CE [ ] ADULTO SIN IDENTIFICACION [ ] NUIP [ ] Nº DOCUMENTO 1101048463 FECHA DE NACIMIENTO 25-01-2001

NOTIFICACIÓN DE GESTANTE MENOR 15 AÑOS: JUSTICIA [ ] PROTECCION [ ] SALUD [ ]

ESTADO CIVIL: SOLTERA [ ] CASADA [ ] VIUDA [ ] SEPARADA [ ] UNIÓN LIBRE [X]

EDAD: 19

PERTENENCIA ETNICA: INDÍGENA [ ] ROM-GITANO [ ] RAIZAL [ ] PALENQUERO [ ] AFRO COLOMBIANO [ ] OTRO [ ]

GRUPO POBLACIONAL: DESMOVILIZADA [ ] MADRE COMUNITARIA [ ] CON DISCAPACIDAD [ ] TRATA DE PERSONAS [ ] HABITANTE DE CALLE [ ] MIGRANTE [ ] POBLACION CARCELARIA [ ] VICTIMA CONFLICTO ARMADO [ ]

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: VISUAL [ ] FISICA [ ] COGNITIVA [ ] AUDITIVA [ ] MULTIPLE [ ] NINGUNA [X] SORDO - CEGUERA [ ] MENTAL O PSICOSOCIAL [ ]

VINCULACION A REGIMEN DE SALUD: CONTIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] SUBSIDIADO [ ] NINGUNO [ ]

NOMBRE EAPB: NUEVA EPS

NOMBRE IPS PRIMARIA DE ATENCION: Hospital Ismael Silva (Subia)

ESCOLARIDAD: PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICA [ ] UNIVERSITARIA [ ] ESPECIALISTA [ ] SIN ESTUDIOS [ ]

INFORMACION DE LA GESTACION ACTUAL

EMBARAZO ACTUAL
FORMULA OBSTÉTRICA G 1 P - C - A - V - M - | FECHA ULTIMO PARTO D D M M A A A A | CONSULTA PRECONCEPCIONAL SI [X] NO [ ]
FEC. ÚLTIMA MESTRUACIÓN 05 08 2025 | SEMANA DE GESTACION | FECHA PROBABLE DE PARTO 16 05 2026 | ASISTENCIA CPNT SI [X] NO [ ]
FECHA INICIO CPNT 05 09 2025 | TIENE CARNÉ MATERNO SI [X] NO [ ] | CUANTAS SEMANAS TENIA AL INICIO DEL CPNT 12.4 | A CUANTOS CPNT ASISTIO 9
FECHA DEL ULTIMO CPNT D D M M A A A A 21-04-2026
VACUNAS
TD/TT 1D [X] 2D [ ] 3D [ ] 4D [ ] 5D [ ] SIN VACUNA [ ] | ESQUEMA COMPLETO [X] | DPT ACELULAR SI [X] NO [ ] | INFLUENZA SI [X] NO [ ]

CLASIFICACION DEL RIESGO DE LA GESTANTE

A. ANTECEDENTES OBSTETRICOS	SI	NO
DEPRESION POS PARTO		X
MAS DE DOS ABORTOS		X
EDAD: MENOS DE 15 AÑOS		X
EDAD: 16 A 35 AÑOS		X
EDAD: MAYOR DE 35		X
ENFERMEDAD TROFOBLASTICA		X
HOSPITALIZACION EN GESTACIONES PREVIAS		X
MAS DE DOS CESAREAS		X
MUERTE PERINATAL		X
MUERTE PERINATAL		X
PARIDAD: 0 PARTOS		X
PARIDAD: 1 A 4 PARTOS		X
PARIDAD: 5 PARTOS o MÁS		X
PARTO PREMATURO		X
RECIEN NACIDO CON BAJO PESO		X
RIESGO DE ISOINMUNIZACION		X
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS		X

B. CONDICIONES ASOCIADAS	SI	NO
ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES		X
ASMA		X
CUALQUIER ENF. CRONICA DIAGNOSTICADA		X
DIABETES GESTACIONAL		X
DIABETES MELLITUS I Y II		X
ENFERMEDAD CARDIACA		X
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA		X
HIPERTENSION CRONICA		X
IVU RECURRENTE		X
TRANSTORNOS TIROIDEOS		X
VARICES SEVERAS		X
VIH - SIFILIS		X

C. EMBARAZO ACTUAL	SI	NO
AMENAZA DE ABORTO		X
ANEMIA		X
CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO		X
DESNUTRICION		X
EMBARAZO MULTIPLE		X
EMBARAZO NO DESEADO		X
HEMORRAGIA VAGINAL: MENOR DE 20 SEMANAS		X
HEMORRAGIA VAGINAL: MAYOR DE 20 SEMANAS		X
HEPATITIS B		X
INICIO CPNT DESPUES SEM 10	X	
MALFORMACIONES FETALES		X
OBESIDAD		X
PLACENTA PREVIA		X
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		X
SIFILIS GESTACIONAL		X
TOXOPLASMOSIS		X
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO		X
TRANSTORNO HIPERTENSIVO		X
TRASNTORNO CRECIMIENTO UTERINO		X
VIH MATERNO		X

PUNTAJE TOTAL BAJO RIESGO = NO RIESGO ALTO= MAS DE DOS SI

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DURANTE LA GESTACIÓN

DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL HA PRESENTADO:

	1ra. VISITA 23/04/26	2da. VISITA D M AA AA	3ra. VISITA D M AA AA	4ta. VISITA D M AA AA	5ta. VISITA D M AA AA	6ta. VISITA D M AA AA	7ma. VISITA D M AA AA	8va. VISITA D M AA AA	9na. VISITA D M AA AA
RIESGO PSICOSOCIAL									
TENSION EMOCIONAL LLANTO FACIL	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
HUMOR DEPRESIVO	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
TRANSPIRACION MANOS, BOCA SECA	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SOPORTE FAMILIAR	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
UBICACIÓN GEOGRAFICA	SI NO X	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
BIOLÓGICOS SIGNOS DE ALARMA ANTES DE LA SEMANA 20									
VOMITO PERSISTENTE	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
FIEBRE T° >38°c	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR FUERTE BAJO VIENTRE	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
ARDOR O MOLESTIAS AL ORINAR	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SANGRADO VAGINAL	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
FLUJO VAGINAL MAL OLOR	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
NO GANANCIA O PERDIDA DE PESO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SIGNOS DE ALARMA DESPUES DE LA SEMANA 20									
DOLOR DE CABEZA VISION BORROSA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
FIEBRE T° >38°c	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
HINCHAZON EN CARA MANOS PIES	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
AUSENCIA MVTOS BEBE	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR SEVERO EN EL BAJO VIENTRE	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
ARDOR O MOLESTIA AL ORINAR	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SALIDA DE SANGRE POR LA VAGINA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
PRESENCIA DE MAS DE 4 CONTRACCIONES POR HORA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
RETRASO DE INICIO DE DOLORES DE PARTO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR AHOGO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DOLOR DE PECHO SEVERO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
TENER UNA PIERNA MAS HICHADA QUE LA OTRA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

Construyendo atención con calidad

HOSPITAL ISMAEL SILVA

E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA

PROFESION

INFORMACION DE LA GESTACION ACTUAL

PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CONTROL PRENATAL
ENFERMERA [X] MEDICO GENERAL [X] GINECOLOGO [X]

ASISTE AL CURSO PARA LA PREPARACION DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD [SI] [NO]

EXAMENES DE LABORATORIO

PREBA TREPONEMICA O VDRL	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]
PRUEBA RAPIDA DE VIH	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]
DEMAS PARACLINICOS	I TRIM [X]	II TRIM [X]	III TRIM [X]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [X]

ECOGRAFIAS

ECO DE TAMIZAJE [X] NO [ ] ECO DETALLE ANATOMICO [X] NO [ ] AMBAS [X] NO [ ] NUNGUNA SI [ ] NO [ ]

ANTIPARASITARIOS

SUMINISTRO DE MICRONUTRIENTES

ÁCIDO FÓLICO [X] NO [ ] SULFATO FERROSO [X] NO [ ] CARBONATO DE CALCIO [X] NO [ ] NO LOS RECIBIO [X] NO [ ]

NO LOS RECIBIO SI [ ] NO NO LOS REQUIRIO SI [ ] NO

REQUIRIO HOSPITALIZACION, CAUSAS		CONDICION DE LA GESTACION		APOYO PSICOSOCIAL		QUIEN BRINDA EL APOYO		CONOCE DERECHOS EN SSR [X] NO
TRASTORNO HIPERTENSIVOS	[ ]	DESEADO	[ ]	AFECTIVO	[ ]	FAMILIA	[ ]	
COMPLICACIONES HEMORRAGICAS	[ ]	PLANEADO	[ ]	EMOCIONAL	[ ]	PAREJA	[ ]	
COMPLICACIONES DEL ABORTO	[ ]	ACEPTADO	[ ]	ECONOMICO	[ ]	OTRO	[ ]	
SEPSIS DE ORIGEN OBSTETRICO Y NO OBSTETRICO	[ ]	TODAS LAS ANTERIORES	[X]	TODAS LAS ANTERIORES	[X]	NINGUNA	[ ]	
ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE SE COMPLICA	[ ]	MANIFIESTA INTESION IVE	[ ]	NINGUNA	[ ]	FAMILIA Y PAREJA	[X]	
OTRO	[ ]					SOCIAL (GRUPOS SOCIALES, ENTIDADES, ONG, PASTORAL, ETC)	[ ]	
NINGUNA	[ ]							

EDUCACION BRINDADA

	1ra. VISITA	2da. VISITA	3ra. VISITA	4ta. VISITA	5ta. VISITA	6ta. VISITA	7ma. VISITA	8va. VISITA	9na. VISITA
	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA
SIGNOS DE ALARMA	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
AUTOCUIDADO	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
NUTRICION Y ALIMENTACION	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
LACTANCIA MATERNA	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
VACUNACION	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DERECHOS SSR	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
CUIDADOS DEL RN	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SALUD ORAL	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
IVE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
OTRO	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
NINGUNO	SI [X]	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA									
PROFESION									

CANALIZACION A SERVICIOS

	1ra. VISITA	2da. VISITA	3ra. VISITA	4ta. VISITA	5ta. VISITA	6ta. VISITA	7ma. VISITA	8va. VISITA	9na. VISITA
	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA	D M AA AA
CONTROL PRENATAL	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
VACUNACION	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
ODONTOLOGIA	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
PLANIFICACION	SI [X]	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
CONTROL PUERPERIO	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
PSICOLOGIA	[X] NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
OTRO	SI [X]	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
NINGUNO	SI [X]	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA									
PROFESION									

CLASIFICACION

GESTANTE [X] PUERPERA [ ]

PUERPERIO

VISITA POST-PARTO

FECHA DE VISITA D D M M A A A A LUGAR DE ATENCION PARTO INSTITUCION [ ] CASA [ ] OTRO [ ]

FECHA DE PARTO D D M M A A A A NOMBRE IPS

TERMINACION DE LA GESTACION		CAUSAL IVE			
ABORTO	[ ]	SALUD MATERNA	[ ]	CONTROL POS PARTO	SI NO
PARTO VAGINAL	[ ]	MALFORMACION FETAL	[ ]	ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TRABAJO PARTO	SI NO
CESAREA	[ ]	EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLENCIA SEXUAL	[ ]	ANALGESIA	SI NO
IVE	[ ]			MANEJO ACTIVO DE ALUMBRAMIENTO	SI NO

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

PREECLAMPSIA 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	DEPRESION EMOCIONAL (LLANTO FACIL 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	IMFLAMACION DE MANOS, PIES Y CARA	SI NO
FIEBRE	SI NO	FC MAYOR A 100 X MIN	SI NO	SIGOS DE INFECCION EN AREA DE SUTURA (EPISIORRAFIA O CESAREA)	SI NO

RIESGO PUERPERA ALTO [ ] BAJO [ ]

ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR

FECHA CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR D D M M A A A A ASESORIA POS EVENTO OBSTETRICO SI NO

METODO UTILIZADO

ORAL [ ] INYECTABLE [ ] LIGADURA DE TROMPAS [ ] OTRO [ ] NINGUNO [ ]

RECIEN NACIDO - LACTANCIA MATERNA

ESTADO DEL RECIEN NACIDO		ESTADO DEL MUÑON UMBILICAL					
VIVO	[ ]			SIN SIGNOS DE INFECCIÓN (SSI)	[ ]	FECHA CONTROL RN	D D M M A A A A
MUERTO	[ ]			CON SIGNOS DE INFECCIÓN (CSI)	[ ]	FECHA DE VISITA	D D M M A A A A
MUERTO ANTES DEL PARTO	[ ]			NO REALIZADO	[ ]	CONTACTO PIEL A PIEL	[ ]
MUERTO DURANTE EL PARTO	[ ]	VACUNACION RN		BCG	[ ]	LACTANCIA INMEDIATA	[ ]
MUERTO DESPUES DEL PARTO	[ ]			HEPATITIS B	[ ]	LACTANCIA MATERNA	SI NO
				BCG Y HEPATITIS B	[ ]	PESO (Grs)	
				NO ESTA VACUNADO	[ ]	TALLA (Cm)	

OBSERVACIONES GENERALES

Gobernación de CUNDINAMARCA

PLAN DE CUIDADO E INTERVENCION FAMILIAR EN SALUD

MUNICIPIO: Silvania (como) VEREDA: Los Andes — CLASIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR: — TELEFONO DE CONTACTO: 3246852343

APELLIDOS DE LA FAMILIA: Vicky Julieth Beltran Cardenas — FECHA DE SEGUIMIENTO O INTERVENCION: 23-04-2026 — N° FICHA FAMILIAR: 1193117359

N°DE DOCUMENTO DEL JEFE DEL HOGAR: 1193117359

N° INTEGRANTE: 1 EDAD: 24 FC: 80 FR: 18 T/A: 120/90 IMC: 63 T°36 PESO: 60.6 TALLA 146 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
Se realiza visita de seguimiento a la Gestante Vicky Julieth Beltran Cardenas con 24 años residente en el barrio los Andes afiliada a la EAPB de Famisanar quien se encuentra en estado de Gestacion con 36 semanas asistiendo a los controles prenatales asignadas cumpliendo con examenes y todo lo relacionado al embarazo manifiesta que tuvo control el dia 21 de Abril donde refiere que todo esta normal teniendo pendiente cro ecografia, examenes de laboratorio, vacunas, y control para el proximo 26 de Mayo.	Se realiza toma de tension Arterial 120/75mmhg Peso de 60.6, se indaga sobre presencia de inflamacion en cara, manos, y pies, dolor en el bajo vientre, salida de liquido o sangrado genital, dolor de cabeza con pitidos, movimientos fetales presentes, y bienestar general ya que son signos y sintomas de alarma durante la Gestacion. Se verifica la asistencia de los controles y citas observando la carpeta, se brinda educacion y se refuerta en signos de alarma, Alimentacion balanceada, Higiene, Actividad, lactancia materna, Se realiza la aplicacion de la vacuna Sincitial Respiratoria	la Gestante se compromete a continuar con los controles y las citas programadas. * continuar con los cursos para la maternidad sana y segura

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA FAMILIAR, DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y No DE TELEFONO	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA VISITA DE SALUD Y CARGO:
Vicky Julieth Beltrán Cardenas	Lorena Galindo Gebl

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

HOSPITAL ISMAEL SILVA
Construyendo atención con calidad
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDIA MUNICIPAL SILVANIA

Construyendo atención con calidad

HOSPITAL ISMAEL SILVA

E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

KARDEX INDIVIDUAL DE GESTANTES Y PUERPERAS
SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD - DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
FORMATO PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES

CUNDINAMARCA unidos podemos más

Nº FICHA FAMILIAR: 1 | MUNICIPIO: Silvania | VEREDA: | AREA: U | FECHA VISITA: 23-04-26

FUENTE: APS ☐ PIC ☒ CONCURRENCIA ☐

DIRECCION: BARRIO LOS ANDES | TELEFONO: 3246852393

IDENTIFICACION

1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
Vicky	Yulieth	Beltrán	Cardenas

TIPO DE DOCUMENTO: CC ☒ TI ☐ CE ☐ ADULTO SIN IDENTIFICACION ☐ NUIP ☐ | Nº DOCUMENTO: 1193117359 | FECHA DE NACIMIENTO: 21-05-2001

NOTIFICACIÓN DE GESTANTE MENOR 15 AÑOS: JUSTICIA ☐ PROTECCION ☐ SALUD ☐

ESTADO CIVIL: SOLTERA ☐ CASADA ☐ VIUDA ☐ SEPARADA ☐ UNIÓN LIBRE ☒

EDAD: 24

PERTENENCIA ETNICA: INDÍGENA ☐ ROM-GITANO ☐ RAIZAL ☐ PALENQUERO ☐ AFRO COLOMBIANO ☐ OTRO ☐

GRUPO POBLACIONAL: DESMOVILIZADA ☐ MADRE COMUNITARIA ☐ CON DISCAPACIDAD ☐ TRATA DE PERSONAS ☐ HABITANTE DE CALLE ☐ MIGRANTE ☐ POBLACION CARCELARIA ☐ VICTIMA CONFLICTO ARMADO ☐

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: VISUAL ☒ FISICA ☐ COGNITIVA ☐ AUDITIVA ☐ MULTIPLE ☐ NINGUNA ☐ SORDO - CEGUERA ☐ MENTAL O PSICOSOCIAL ☐

VINCULACION A REGIMEN DE SALUD: CONTIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ SUBSIDIADO ☐ NINGUNO ☐

NOMBRE EAPB:

NOMBRE IPS PRIMARIA DE ATENCION: Hospital Ismael Silva

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: D D M M A A A A | CONSULTA PRECONCEPCIONAL: SI ☒ NO ☐

FEC. ÚLTIMA MESTRUACIÓN: 26 09 2025 | SEMANA DE GESTACION | FECHA PROBABLE DE PARTO: 03 07 2026 | ASISTENCIA CPNT: SI ☒ NO ☐

FECHA INICIO CPNT: 26 11 2025 | TIENE CARNÉ MATERNO: SI ☒ NO ☐ | CUANTAS SEMANAS TENIA AL INICIO DEL CPNT: 8.3 | A CUANTOS CPNT ASISTIO: 6

FECHA DEL ULTIMO CPNT: D D M M A A A A 21-04-2026

VACUNAS

TD/TT: 1D ☒ 2D ☐ 3D ☐ 4D ☐ 5D ☐ SIN VACUNA ☐ | ESQUEMA COMPLETO ☒ | DPT ACELULAR SI ☒ NO ☐ | INFLUENZA SI ☒ NO ☐

CLASIFICACION DEL RIESGO DE LA GESTANTE

sinattial

A. ANTECEDENTES OBSTETRICOS	SI	NO
DEPRESION POS PARTO		X
MAS DE DOS ABORTOS		X
EDAD: MENOS DE 15 AÑOS		X
EDAD: 16 A 35 AÑOS		X
EDAD: MAYOR DE 35		X
ENFERMEDAD TRFOBLASTICA		X
HOSPITALIZACION EN GESTACIONES PREVIAS		X
MAS DE DOS CESAREAS		X
MUERTE PERINATAL		X
MUERTE PERINATAL		X
PARIDAD: 0 PARTOS		X
PARIDAD: 1 A 4 PARTOS		X
PARIDAD: 5 PARTOS o MÁS		X
PARTO PREMATURO		X
RECIEN NACIDO CON BAJO PESO		X
RIESGO DE ISOINMUNIZACION		X
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS		X

B. CONDICIONES ASOCIADAS	SI	NO
ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES		X
ASMA		X
CUALQUIER ENF. CRONICA DIAGNOSTICADA		X
DIABETES GESTACIONAL		X
DIABETES MELLITUS I Y II		X
ENFERMEDAD CARDIACA		X
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA		X
HIPERTENSION CRONICA		X
IVU RECURRENTE		X
TRANSTORNOS TIROIDEOS		X
VARICES SEVERAS		X
VIH - SIFILIS		X

C. EMBARAZO ACTUAL	SI	NO
AMENAZA DE ABORTO		X
ANEMIA		X
CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO		X
DESNUTRICION		X
EMBARAZO MULTIPLE		X
EMBARAZO NO DESEADO		X
HEMORRAGIA VAGINAL: MENOR DE 20 SEMANAS		X
HEMORRAGIA VAGINAL: MAYOR DE 20 SEMANAS		X
HEPATITIS B		X
INICIO CPNT DESPUES SEM 10		X
MALFORMACIONES FETALES		X
OBESIDAD		X
PLACENTA PREVIA		X
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		X
SIFILIS GESTACIONAL		X
TOXOPLASMOSIS		X
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO		X
TRANSTORNO HIPERTENSIVO		X
TRASNTORNO CRECIMIENTO UTERINO		X
VIH MATERNO		X

PUNTAJE TOTAL: BAJO RIESGO = NO RIESGO ALTO= MAS DE DOS SI

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE LA GESTACION

DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL HA PRESENTADO:

	1ra. VISITA 23/04/26	2da. VISITA	3ra. VISITA	4ta. VISITA	5ta. VISITA	6ta. VISITA	7ma. VISITA	8va. VISITA	9na. VISITA
RIESGO PSICOSOCIAL									
TENSION EMOCIONAL LLANTO FACIL	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
HUMOR DEPRESIVO	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
TRANSPIRACION MANOS, BOCA SECA	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
SOPORTE FAMILIAR	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
UBICACION GEOGRAFICA	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
BIOLÓGICOS SIGNOS DE ALARMA ANTES DE LA SEMANA 20									
VOMITO PERSISNTENTE	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
FIEBRE T° >38°c	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
DOLOR FUERTE BAJO VIENTRE	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
ARDOR O MOLESTIAS AL ORINAR	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
SANGRADO VAGINAL	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
FLUJO VAGINAL MAL OLOR	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
NO GANANCIA O PERDIDA DE PESO	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
SIGNOS DE ALARMA DESPUES DE LA SEMANA 20									
DOLOR DE CABEZA VISION BORROSA	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
FIEBRE T° >38°c	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
HINCHAZON EN CARA MANOS PIES	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
DOLOR EN LA BOCÁ DEL ESTOMAGO	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
AUSENCIA MVTOS BEBE	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
DOLOR SEVERO EN EL BAJO VIENTRE	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
ARDOR O MOLESTIA AL ORINAR	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
SALIDA DE SANGRE POR LA VAGINA	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
PRESENCIA DE MAS DE 4 CONTRACCIONES POR HORA	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
RETRASO DE INICIO DE DOLORES DE PARTO	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
DIFICULTAD PARA RESPIRAR AHOGO	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
DOLOR DE PECHO SEVERO	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
TENER UNA PIERNA MAS HICHADA QUE LA OTRA	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

Construyendo atención con calidad

HOSPITAL ISMAEL SILVA

E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA: Lorena Galindo

PROFESION: Gebl

INFORMACION DE LA GESTACION ACTUAL

PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CONTROL PRENATAL — ENFERMERA [ ] MEDICO GENERAL [ ] GINECOLOGO [ ]

ASISTE AL CURSO PARA LA PREPARACION DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD [SI] [NO]

EXAMENES DE LABORATORIO

PREBA TREPONEMICA O VDRL	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]
PRUEBA RAPIDA DE VIH	I TRIM [ ]	II TRIM [ ]	III TRIM [ ]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [ ]
DEMAS PARACLINICOS	I TRIM [X]	II TRIM [X]	III TRIM [X]	NO TIENE NINGUNA [ ]	LAS TIENE TODAS [X]

ECOGRAFIAS

ECO DE TAMIZAJE [X] NO [ ] — ECO DETALLE ANATOMICO [X] NO [ ] — AMBAS [X] NO [ ] — NUNGUNA SI [ ] NO [ ]

ANTIPARASITARIOS

SUMINISTRO DE MICRONUTRIENTES

ÁCIDO FÓLICO [X] NO [ ] — SULFATO FERROSO [X] NO [ ] — CARBONATO DE CALCIO [X] NO [ ] — NO LOS RECIBIO SI [ ] NO [ ]

ANTIPARASITARIOS: NO LOS RECIBIO SI [ ] — NO LOS REQUIRIO SI [X]

REQUIRIO HOSPITALIZACION, CAUSAS	CONDICION DE LA GESTACION	APOYO PSICOSOCIAL	QUIEN BRINDA EL APOYO	CONOCE DERECHOS EN SSR [X] NO [ ]
TRASTORNO HIPERTENSIVOS [2]	DESEADO [ ]	AFECTIVO [ ]	FAMILIA [ ]	
COMPLICACIONES HEMORRAGICAS [3]	PLANEADO [X]	EMOCIONAL [ ]	PAREJA [ ]	
COMPLICACIONES DEL ABORTO [4]	ACEPTADO [ ]	ECONOMICO [ ]	OTRO [ ]	
SEPSIS DE ORIGEN OBSTETRICO Y NO OBSTETRICO [5]	TODAS LAS ANTERIORES [ ]	TODAS LAS ANTERIORES [X]	NINGUNA [ ]	
ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE SE COMPLICA [2]	MANIFIESTA INTESION IVE [ ]	NINGUNA [ ]	FAMILIA Y PAREJA [X]	
OTRO [2]			SOCIAL (GRUPOS SOCIALES, ENTIDADES, ONG, PASTORAL, ETC) [ ]	
NINGUNA [X]				

EDUCACION BRINDADA

SIGNOS DE ALARMA	1ra. VISITA 23/04/26	2da. VISITA D M AA AA	3ra. VISITA D M AA AA	4ta. VISITA D M AA AA	5ta. VISITA D M AA AA	6ta. VISITA D M AA AA	7ma. VISITA D M AA AA	8va. VISITA D M AA AA	9na. VISITA D M AA AA
AUTOCUIDADO	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
NUTRICION Y ALIMENTACION	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
LACTANCIA MATERNA	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
VACUNACION	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
DERECHOS SSR	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
CUIDADOS DEL RN	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
SALUD ORAL	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
IVE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
OTRO	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
NINGUNO	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA	Lorena Galindo								
PROFESION	Gebl								

CANALIZACION A SERVICIOS

	1ra. VISITA 23/04/26	2da. VISITA D M AA AA	3ra. VISITA D M AA AA	4ta. VISITA D M AA AA	5ta. VISITA D M AA AA	6ta. VISITA D M AA AA	7ma. VISITA D M AA AA	8va. VISITA D M AA AA	9na. VISITA D M AA AA
CONTROL PRENATAL	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
VACUNACION	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
ODONTOLOGIA	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
PLANIFICACION	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
CONTROL PUERPERIO	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD	[X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
PSICOLOGIA	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
OTRO	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
NINGUNO	[ ] SI [X] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO	[ ] SI [ ] NO
NOMBRE QUIEN REALIZA VISITA	Lorena Galindo								
PROFESION	Gebl								

CLASIFICACION

GESTANTE [X] PUERPERA [ ]

PUERPERIO

VISITA POST-PARTO

FECHA DE VISITA D D M M A A A A — LUGAR DE ATENCION PARTO INSTITUCION [ ] CASA [ ] OTRO [ ]

FECHA DE PARTO D D M M A A A A — NOMBRE IPS

TERMINACION DE LA GESTACION	CAUSAL IVE		
ABORTO [ ]	SALUD MATERNA [ ]	CONTROL POS PARTO	SI NO
PARTO VAGINAL [ ]	MALFORMACION FETAL [ ]	ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TRABAJO PARTO	SI NO
CESAREA [ ]	EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLENCIA SEXUAL [ ]	ANALGESIA	SI NO
IVE [ ]		MANEJO ACTIVO DE ALUMBRAMIENTO	SI NO

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

PREECLAMPSIA 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	DEPRESION EMOCIONAL (LLANTO FACIL 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	IMFLAMACION DE MANOS, PIES Y CARA	SI NO
FIEBRE	SI NO	FC MAYOR A 100 X MIN	SI NO	SIGOS DE INFECCION EN AREA DE SUTURA (EPISIORRAFIA O CESAREA)	SI NO

RIESGO PUERPERA — ALTO [ ] — BAJO [ ]

ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR

FECHA CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR D D M M A A A A — ASESORIA POS EVENTO OBSTETRICO SI NO

METODO UTILIZADO

ORAL [ ] INYECTABLE [ ] LIGADURA DE TROMPAS [ ] OTRO [ ] NINGUNO [ ]

RECIEN NACIDO - LACTANCIA MATERNA

ESTADO DEL RECIEN NACIDO	ESTADO DEL MUÑON UMBILICAL			
VIVO [ ]	SIN SIGNOS DE INFECCIÓN (SSI) [ ]	FECHA CONTROL RN D D M M A A A A		
MUERTO [ ]	CON SIGNOS DE INFECCIÓN (CSI) [ ]	FECHA DE VISITA D D M M A A A A		
MUERTO ANTES DEL PARTO [ ]	NO REALIZADO [ ]	CONTACTO PIEL A PIEL [ ]		
MUERTO DURANTE EL PARTO [ ]	VACUNACION RN	BCG [ ]	LACTANCIA INMEDIATA [ ]	
MUERTO DESPUES DEL PARTO [ ]		HEPATITIS B [ ]	LACTANCIA MATERNA SI NO	
		BCG Y HEPATITIS B [ ]	PESO (Grs) [ ]	
		NO ESTA VACUNADO [ ]	TALLA (Cm) [ ]	

OBSERVACIONES GENERALES

ACTA

INFORME DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS