

Barranquilla, junio de 2026

KARINA PATRICIA COMEZ NARVAEZ
CC 32853309

Supervisora.
Secretaría Distrital de Salud.

ASUNTO: INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN VIRTUD DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No CD-11-2026-3900 DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ADELANTAR LAS ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DENTRO DEL PROCESO DE FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA.

Período comprendido: del 29 de abril a 28 de mayo 2026.

ACTIVIDADES REALIZADAS	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
<p>1. Apoyar acciones de búsqueda activa comunitaria orientadas a la identificación temprana de casos sospechosos y probables de eventos de interés en salud pública, priorizando aquellos de mayor impacto distrital, mediante visitas domiciliarias, entrevistas comunitarias y articulación con la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (REVCOM).</p>	<p>Se realiza búsqueda activa comunitaria (BAC) en casos sospechosos de eventos de interés en salud Pública como: Sarampión, Tosferina, Parálisis flácida aguda, Tuberculosis; en los diferentes barrios del Distrito de Barranquilla:</p> <p>Calle 51 no 18-25 (buena esperanza) Calle 83b no 42d-121(nuevo horizonte) Calle 54ª no 4ª-93(la sierrita) Calle 116 no 42b-91 (alameda del rio) Carrera 72 no 80-107(paraíso) Calle 72 no 68-18(san francisco) Carrera 13 no 45-84(la sierra)</p>
<p>2. Brindar acompañamiento en la detección, investigación y seguimiento de brotes o conglomerados a través de la búsqueda activa comunitaria, así como en la intensificación de las acciones de vigilancia epidemiológica en puntos críticos del distrito, tales como mercado público, centros de reclusión, ancianatos y otros definidos, conforme a los lineamientos técnicos vigentes.</p> <p>3. Apoyar a los Equipos de Reacción Inmediata (ERI) de la Secretaría Distrital de Salud, para la atención</p>	<p>Brindar acompañamiento telefónico a pacientes diagnosticado con TB y LEPROA garantizando adherencia al tratamiento, educación en salud apoyo psicosocial con regularidad, coordinación, empatía y confiabilidad.</p>

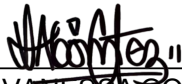
<p>3. Apoyar a los Equipos de Reacción Inmediata (ERI) de la Secretaría Distrital de Salud, para la atención oportuna de eventos, alertas y situaciones que requieran intervención inmediata</p>	<p>Se realiza apoyo y acompañamiento a la gestión de la Secretaría Distrital de Salud en los diferentes barrios para la articulación oportuna de eventos, alertas y situaciones que requieran intervención inmediata</p>
<p>4. Brindar apoyo en la identificación de población en condición de vulnerabilidad asociada a eventos de interés en salud pública y a factores de riesgo ambiental, con el fin de orientar, apoyar y canalizar oportunamente a los servicios de salud correspondientes, garantizando el acceso oportuno a la atención</p>	<p>Se educa durante la búsqueda activa comunitaria (BAC) a factores de riesgo ambiental, con el fin de orientar, apoyar y canalizar oportunamente en los diferentes barrios realizados:</p> <p>Buena esperanza, la sierrita, nuevo horizonte alameda del rio, san francisco, la sierra.</p>
<p>5. Brindar acompañamiento como enlace entre la comunidad y la Secretaría Distrital de Salud, apoyando la gestión de promoción en la participación comunitaria y la autogestión en salud, así como el desarrollo de acciones educativas orientadas a la prevención de enfermedades transmisibles, la promoción de la vacunación, el control prenatal y demás intervenciones definidas en las estrategias distritales.</p>	<p>Realicé durante la búsqueda activa comunitaria (BAC) acciones educativas orientadas a la prevención de enfermedades transmisibles y situaciones de interés en salud pública, en los diferentes barrios del Distrito de Barranquilla como:</p> <p>Buena esperanza, la sierrita, nuevo horizonte alameda del rio. paraíso san francisco .la sierra.</p>
<p>6. Apoyar de manera oportuna, completa y con criterios de calidad todos los formatos, matrices, actas y demás instrumentos requeridos para evidenciar el trabajo en terreno y dar cuenta del cumplimiento de las actividades misionales de la Secretaría Distrital de Salud</p>	<p>diligenciamiento de los formatos, matrices, actas y demás requeridos para evidenciar la calidad del dato</p>

<p>7. Realizar las demás actividades que le sean asignadas en virtud de sus competencias, necesarias para el alcance de las metas de los proyectos, programas y el cumplimiento de los fines misionales de la Secretaría Distrital de Salud</p>	<p>Diligenciamiento de base de datos en Excel necesarias para el alcance de las metas de los proyectos, programas y el cumplimiento de los fines misionales de la Secretaría Distrital de Salud</p>
---	---

ATENTAMENTE



Manuel toro



Vo.Bo. VANESSA GOMEZ
Coord. Vigilancia en salud publica



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible del caso y complete durante la visita domiciliar con el usuario y/o grupo familiar.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		1.2 Edad: 71		1.3 Nombre y apellidos: JHONY ZAPATA OROZCO		1.4 Tipo de documento de identidad: CC <input checked="" type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
1.5 Número de identificación: 8679263		1.6 Ocupación:		1.7 Etnia: Indígena <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input checked="" type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> rom gitano <input type="checkbox"/> Si es indígena indique el pueblo _____			
1.8 Escolaridad: Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>			1.9 Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			1.10 Departamento/Distrito: ATACAMA	
1.11 Dirección de residencia: calle 57/18-25		1.12 Municipio: B/quele		1.13 Localidad/comuna/yereda: sur occidente		1.14 Barrio: B. ESPERANZA	1.15 Área geográfica: Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/>
1.16 Tipo de vivienda: Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input checked="" type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Centro Protección <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>		1.17 Tipo de trabajo: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/>		1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/> Régimen Especial <input type="checkbox"/>			
1.19 Nombre de la EAPB: SURA		1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad <input type="checkbox"/> habitante de calle <input type="checkbox"/> migrante <input type="checkbox"/> trabajador de la salud <input type="checkbox"/> desplazado <input type="checkbox"/> persona con discapacidad <input type="checkbox"/> desmovilizado <input type="checkbox"/> víctima del conflicto <input type="checkbox"/> madres comunitarias <input type="checkbox"/> población LGBTI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?					
1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input checked="" type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/>		1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Falta ventilación Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Iluminación Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input checked="" type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/>		1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz <input checked="" type="checkbox"/> agua <input checked="" type="checkbox"/> alcantarillado <input checked="" type="checkbox"/> gas <input checked="" type="checkbox"/> internet <input checked="" type="checkbox"/> televisión <input checked="" type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> recolección de basuras <input checked="" type="checkbox"/>	
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene <input type="checkbox"/> < 1 SMLMV <input type="checkbox"/> 2-3 SMLMV <input type="checkbox"/> >4 SMLMV <input type="checkbox"/>		1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/>		1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

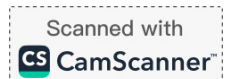
2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Extrapulmonar <input type="checkbox"/> Meníngea <input type="checkbox"/> Especifique la localización extrapulmonar: _____		2.2 Condición de ingreso: Nuevo <input checked="" type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Recuperado tras pérdida <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prueba Molecular: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Baciloscopia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Radiografía de tórax: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diagnóstico clínico: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular: No detectado <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Resistente a: rifampicina <input type="checkbox"/> isoniacida <input type="checkbox"/> quinolonas <input type="checkbox"/> aminoglucósidos <input type="checkbox"/> Baciloscopia: (-) <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	
		2.5 Tipo de caso: TB Sensible <input type="checkbox"/> TBMDR/RR <input type="checkbox"/> TB Mono H <input type="checkbox"/> TBXDR <input type="checkbox"/>	
		2.6 Fecha de diagnóstico: (dd/mm/aa) 21-04-26	

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa: (dd/mm/aa) 21-04-26	3.2 Fecha de inicio 1 Fase: (dd/mm/aa) 21-04-26	3.3 Fecha de inicio 2 Fase: (dd/mm/aa)
---	---	--

4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS													
4.1 Nombre y apellidos del caso índice: Fecha de registro de contacto	Edad de identificación	Documento de identificación	Dirección	Teléfono	EAPB	Tipo de contacto	Régimen de afiliación	Grupo poblacional	4.4 Dirección: Factores de riesgo	4.5 Departamento/Distrito: Sifonómico respiratorio (SR)	4.6 Municipio: Pruebas de tuberculina (solo se aplica si no tiene síntomas)	Pruebas profiláxicas (Solo si PPD es positiva y PPD normal sin síntomas respiratorios)	
JHONY ZAPATA ESCOBAR 04-05-20	43 años	22424892	Calle 57 No 25	314607595	8UPRA	Familiar	Contributivo	Menor <15 años VIH/SIDA Indígena LGBTI Migrante Privado de libertad Trabajador salud Habitante de calle Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Trepante <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Inmunosupresor <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?	Cultivo líquido SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	1ª visita: <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> adicional: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	Pr. Toxax hacia si PPD es normal sin síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Pruebas (Solo si PPD es positiva y PPD normal sin síntomas respiratorios) SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: Terminado <input type="checkbox"/> Fallido <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
ELIZABETH ESCOBAR BOLASO 04-05-20	61 años	22424892	Calle 57 No 25	314607595	8UPRA	Familiar	Contributivo	Menor <15 años VIH/SIDA Indígena LGBTI Migrante Privado de libertad Trabajador salud Habitante de calle Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Trepante <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Inmunosupresor <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?	Cultivo líquido SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	1ª visita: <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> adicional: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	Pr. Toxax hacia si PPD es normal sin síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Pruebas (Solo si PPD es positiva y PPD normal sin síntomas respiratorios) SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: Terminado <input type="checkbox"/> Fallido <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
ERICK JOSE ZAPATA ESCOBAR 04-05-20	40 años	22424892	Calle 57 No 25	314607595	8UPRA	Familiar	Contributivo	Menor <15 años VIH/SIDA Indígena LGBTI Migrante Privado de libertad Trabajador salud Habitante de calle Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Trepante <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Inmunosupresor <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?	Cultivo líquido SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	1ª visita: <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> adicional: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	Pr. Toxax hacia si PPD es normal sin síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Pruebas (Solo si PPD es positiva y PPD normal sin síntomas respiratorios) SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: Terminado <input type="checkbox"/> Fallido <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____

(Imprima esta hoja cuantas veces considere necesario para registrar los contactos identificados y su seguimiento)





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de Ingreso al programa según la información que tenga disponible del caso y complete durante la visita domiciliaria con el usuario y/o grupo familiar.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

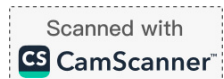
1.1 Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		1.2 Edad: 79 años		1.3 Nombre y apellidos: ADELINA BOLAÑO DE BOLAÑO		1.4 Tipo de documento de identidad: CC <input checked="" type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
1.5 Número de identificación: 22377802		1.6 Ocupación: PENSIONADA		1.7 Etnia: Indígena <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Raizal <input checked="" type="checkbox"/> rom gitano <input type="checkbox"/> Si es indígena indique el pueblo _____			
1.8 Escolaridad: Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>				1.9 Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		1.10 Departamento/Distrito: ATLANTICO	
1.11 Dirección de residencia: Calle 83B # 420121		1.12 Municipio: Bella Vista Histórico		1.13 Localidad/comuna/vereda: N. Horizonte		1.14 Barrio: N. Horizonte	
1.15 Área geográfica: Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/>		1.16 Tipo de vivienda: Casa <input checked="" type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Centro Protección <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>		1.17 Tipo de trabajo: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/>		1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/> Régimen Especial <input type="checkbox"/>	
1.19 Nombre de la EAPB: SURA				1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad <input type="checkbox"/> habitante de calle <input type="checkbox"/> migrante <input type="checkbox"/> trabajador de la salud <input type="checkbox"/> desplazado <input type="checkbox"/> persona con discapacidad <input type="checkbox"/> desmovilizado <input type="checkbox"/> víctima del conflicto <input type="checkbox"/> madres comunitarias <input type="checkbox"/> población LGBTI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input checked="" type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/>		1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Falta ventilación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Iluminación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input checked="" type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/>		1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz <input checked="" type="checkbox"/> agua <input checked="" type="checkbox"/> alcantarillado <input checked="" type="checkbox"/> gas <input checked="" type="checkbox"/> internet <input checked="" type="checkbox"/> televisión <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> recolección de basuras <input checked="" type="checkbox"/>	
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene <input type="checkbox"/> < 1 SMLMV <input type="checkbox"/> 2-3 SMLMV <input type="checkbox"/> >4 SMLMV <input checked="" type="checkbox"/>				1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/>		1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Extrapulmonar <input type="checkbox"/> Meningea <input type="checkbox"/> Especifique la localización extrapulmonar: _____		2.2 Condición de ingreso: Nuevo <input checked="" type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Recuperado tras pérdida <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prueba Molecular: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Baciloscopia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Radiografía de tórax: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diagnóstico clínico: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular: No detectado <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Resistente a: rifampicina <input type="checkbox"/> isoniacida <input type="checkbox"/> quinolonas <input type="checkbox"/> aminoglucósidos <input type="checkbox"/> Baciloscopia: (-) <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	
		2.5 Tipo de caso: TB Sensible <input type="checkbox"/> TBMDR/RR <input type="checkbox"/> TB Mono H <input type="checkbox"/> TBXDR <input type="checkbox"/>	
		2.6 Fecha de diagnóstico: (dd/mm/aa) 15-04-26	

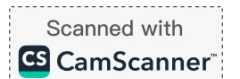
3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa: (dd/mm/aa) 26-04-26	3.2 Fecha de inicio 1 Fase: (dd/mm/aa) 26-04-26	3.3 Fecha de inicio 2 Fase: (dd/mm/aa)
---	---	---



4.1 Nombre y apellidos del caso índice:		4.2 Tipo de documento de identidad:		4.3 Número de identificación:		4.4 Dirección:		4.5 Departamento/Distrito:		4.6 Municipio:				
Fecha registro contacto	Nombres y apellidos del contacto	Edad	Documento de identificación	Dirección	Teléfono	EAPB	Tipo de contacto	Régimen de afiliación	Grupo poblacional	Factores de riesgo (SR)	Sintomático respiratorio (SR)	Descarte de TD (solo aplica si es SR)	Prueba de tuberculina (solo se aplica si no tiene normal en antecedentes)	Pruebas de perfilaje (solo se aplica si tiene normal en antecedentes)
04/05/26	MARXINIANO BOLAÑO	83 años	72298452	Dir 836/Provi	8003052285	836/Provi	Familiar	Contributivo	Menor <15 años	Trasplante	1ª visita: SI	Cultivo líquido	Prueba de tuberculina	4.6 Municipal
04/05/26	HASSAX RUIZ BOLAÑO	45 años	72298452	Dir 836/Provi	8003052285	836/Provi	Familiar	Contributivo	Menor >15 años	Trasplante	1ª visita: SI	Cultivo líquido	Prueba de tuberculina	4.6 Municipal
							Familiar	Contributivo	Menor >15 años	Trasplante	1ª visita: SI	Cultivo líquido	Prueba de tuberculina	4.6 Municipal

(Imprima esta hoja cuantas veces considere necesario para registrar los contactos identificados y su seguimiento)





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible del caso y complete durante la visita domiciliar con el usuario y/o grupo familiar.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	1.2 Edad: 35 AÑOS	1.3 Nombre y apellidos: JEISON ANTONIO CONSUEGRA	1.4 Tipo de documento de identidad: CC <input checked="" type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
1.5 Número de identificación: 7119699110	1.6 Ocupación: INDEPENDIENTE		1.7 Etnia: Indígena <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input checked="" type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> rom gitano <input type="checkbox"/> Si es indígena indique el pueblo _____
1.8 Escolaridad: Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>	1.9 Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		1.10 Departamento/Distrito: ATLANTICO
1.11 Dirección de residencia: Calle 54A #4A93	1.12 Municipio: BARRANQUILLA METROPOLITANA	1.13 Localidad/comuna/vereda: LASIERRITA	1.14 Barrio: LASIERRITA
1.15 Área geográfica: Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/>	1.16 Tipo de vivienda: Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input checked="" type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Centro Protección <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	1.17 Tipo de trabajo: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/>	1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/> Régimen Especial <input type="checkbox"/>
1.19 Nombre de la EAPB: Caja Capi	1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad <input type="checkbox"/> habitante de calle <input type="checkbox"/> migrante <input type="checkbox"/> trabajador de la salud <input type="checkbox"/> desplazado <input type="checkbox"/> persona con discapacidad <input type="checkbox"/> desmovilizado <input type="checkbox"/> víctima del conflicto <input type="checkbox"/> madres comunitarias <input type="checkbox"/> población LGBTI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input checked="" type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/>	1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Falta ventilación Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Iluminación Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input checked="" type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/>	1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz <input checked="" type="checkbox"/> agua <input checked="" type="checkbox"/> alcantarillado <input checked="" type="checkbox"/> gas <input checked="" type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> televisión <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> recolección de basuras <input checked="" type="checkbox"/>
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene <input type="checkbox"/> < 1 SMLMV <input type="checkbox"/> 2-3 SMLMV <input type="checkbox"/> >4 SMLMV <input type="checkbox"/>	1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/>	1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Extrapulmonar <input type="checkbox"/> Meningea <input type="checkbox"/> Especifique la localización extrapulmonar: _____	2.2 Condición de ingreso: Nuevo <input checked="" type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Recuperado tras pérdida <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prueba Molecular: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Baciloscopia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Radiografía de tórax: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diagnóstico clínico: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular: No detectado <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Resistente a: rifampicina <input type="checkbox"/> isoniacida <input type="checkbox"/> quinolonas <input type="checkbox"/> aminoglucósidos <input type="checkbox"/> Baciloscopia: (-) <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
2.5 Tipo de caso: TB Sensible <input type="checkbox"/> TBMDR/RR <input type="checkbox"/> TB Mono H <input type="checkbox"/> TBXDR <input type="checkbox"/>	2.6 Fecha de diagnóstico: (dd/mm/aa) 22-04-26

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa: 25-04-26	3.2 Fecha de inicio 1 Fase: 25-04-26	3.3 Fecha de inicio 2 Fase: (dd/mm/aa)
--	--	--



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS

4.1 Nombre y apellidos del caso índice:		4.2 Tipo de documento de identidad:		4.3 Número de identificación:		4.4 Dirección:		4.5 Departamento/Distrito:		4.6 Municipio:					
TEJESON ANTONIO CONSUEGRA		CA	RC	PS	CE	NUJP	Otro	1119699110 CML54-1493		ATLANTICO					
Fecha de registro contacto	Nombres y apellidos del contacto	Edad	Documento de identificación	Dirección	Teléfono	EAPB	Tipo de contacto	Régimen de afiliación	Grupo poblacional	Factores de riesgo	Sintomático respiratorio (SR)	Descarte de TB (solo aplica si es SR)	Prueba de tuberculina (solo se aplica si no tiene síntomas)	Rx Tórax (Solo se hace si PPD es positiva)	Profilaxis (Solo si PPD es positiva y Rx normal sin síntomas respiratorios)
92-10-10 64-01-26	JESURUS IBARRA	34 AÑOS	11883744	Calle 54/1493	92369278	copi	Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/>	Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	Menor ≤15 años <input type="checkbox"/> >15 años <input checked="" type="checkbox"/>	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Silicosis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro ¿Cual? <input type="checkbox"/>	1º visita: <input checked="" type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input checked="" type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/>	1º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
92-10-10 04-01-26	JADIS CONSUEGRA IBARRA	13 AÑOS	11199709	Calle 54/1493	92369278	copi	Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/>	Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	Menor ≤15 años <input checked="" type="checkbox"/> >15 años <input type="checkbox"/>	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Silicosis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro ¿Cual? <input type="checkbox"/>	1º visita: <input checked="" type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input checked="" type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/>	1º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
92-10-10 04-01-26	ALFLIS CONSUEGRA IBARRA	11 AÑOS	11053698	Calle 54/1493	92369278	copi	Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/>	Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	Menor ≤15 años <input checked="" type="checkbox"/> >15 años <input type="checkbox"/>	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Silicosis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro ¿Cual? <input type="checkbox"/>	1º visita: <input checked="" type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input checked="" type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/>	1º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
92-10-10 04-01-26	TADIR CONSUEGRA IBARRA	5 MESES	11240401	Calle 54/1493	92369278	copi	Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/>	Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	Menor ≤15 años <input checked="" type="checkbox"/> >15 años <input type="checkbox"/>	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Silicosis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro ¿Cual? <input type="checkbox"/>	1º visita: <input checked="" type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input checked="" type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/>	1º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____

(Imprima esta hoja cuantas veces considere necesario para registrar los contactos identificados y su seguimiento)



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de Ingreso al programa según la información que tenga disponible del caso y complete durante la visita domiciliar con el usuario y/o grupo familiar.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	1.2 Edad: 79 años	1.3 Nombre y apellidos: ISAAC DASNE REYES ORTEGA	1.4 Tipo de documento de identidad: CC <input checked="" type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
1.5 Número de identificación: 7432476	1.6 Ocupación:	1.7 Etnia: Indígena <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input checked="" type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> rom gitano <input type="checkbox"/> Si es indígena indique el pueblo _____	1.8 Escolaridad: Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>
1.9 Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	1.10 Departamento/Distrito: ATLANTICO	1.11 Dirección de residencia: Km 72/80-107	1.12 Municipio: Blquilla
1.13 Localidad/comuna/vereda: NORTE CENTRO HISTORICO	1.14 Barrio: PARADISO	1.15 Área geográfica: Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/>	1.16 Tipo de vivienda: Casa <input checked="" type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Centro Protección <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>
1.17 Tipo de trabajo: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/>	1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/> Régimen Especial <input type="checkbox"/>	1.19 Nombre de la EAPB: SANITAS	1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad <input type="checkbox"/> habitante de calle <input type="checkbox"/> migrante <input type="checkbox"/> trabajador de la salud <input type="checkbox"/> desplazado <input type="checkbox"/> persona con discapacidad <input type="checkbox"/> desmovilizado <input type="checkbox"/> víctima del conflicto <input type="checkbox"/> madres comunitarias <input type="checkbox"/> población LGBTI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input checked="" type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/>	1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Falta ventilación Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Iluminación Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input checked="" type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/>	1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz <input checked="" type="checkbox"/> agua <input checked="" type="checkbox"/> alcantarillado <input checked="" type="checkbox"/> gas <input checked="" type="checkbox"/> internet <input checked="" type="checkbox"/> televisión <input checked="" type="checkbox"/> teléfono <input checked="" type="checkbox"/> recolección de basuras <input checked="" type="checkbox"/>
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene <input type="checkbox"/> < 1 SMLMV <input type="checkbox"/> 2-3 SMLMV <input type="checkbox"/> >4 SMLMV <input type="checkbox"/>	1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/>	1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Extrapulmonar <input type="checkbox"/> Meníngea <input type="checkbox"/> Especifique la localización extrapulmonar: _____	2.2 Condición de ingreso: Nuevo <input checked="" type="checkbox"/> Recalda <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Recuperado tras pérdida <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prueba Molecular: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Baciloscopia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Radiografía de tórax: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diagnóstico clínico: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular: No detectado <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Resistente a: rifampicina <input type="checkbox"/> isoniazida <input type="checkbox"/> quinolonas <input type="checkbox"/> aminoglucósidos <input type="checkbox"/> Baciloscopia: (-) <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
2.5 Tipo de caso: TB Sensible <input type="checkbox"/> TBMDR/RR <input type="checkbox"/> TB Mono H <input type="checkbox"/> TBXDR <input type="checkbox"/>	
2.6 Fecha de diagnóstico: 28-04-26	

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa: 28-04-26	3.2 Fecha de inicio 1 Fase: 28-04-26	3.3 Fecha de inicio 2 Fase: (dd/mm/aa)
---	---	---



ACTA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - VSP

Acta No. _____ Fecha **04-05-26** Hora inicial **08:30**
 Hora final **10:30**
 Lugar **BARRANQUILLA**
 Dirección _____ Código prestador _____
 Actividad **SEGUIMIENTOS A PACIENTES DE TB**

Desarrollo y conclusiones de la actividad

Se realiza seguimiento a pacientes y contactos para eventos de tuberculosis en salud pública
EFFECTIVAS
THONY ZAPATA OROZCO ccf 8679263 dirección calle 57 #18-25 Barrio BUENA Esperanza
ADRIANA BOLAÑOS DE BOLAÑOS ccf 22371802 dirección calle 83 B #42-5121 Barrio NUEVO Horizonte
JEISON ANTONIO CONSUEGRA ccf 179699170 dirección calle 54 #493 Barrio La SIERRITA el TRATAMIENTO se lo están dando en Santa María
ISABE DASTOR REYES ORTEGA ccf 7432776 dirección KPA 74 #80-107 Barrio PARADISO

FALLIDAS

Juis Miguel Garcia Cantillo ccf 87040 dirección calle 76 #42B91 Barrio ALAMEDA del Rio ccf 301531249 NO CONTESTAN.
Juis Guillermo PALPARR ccf 72290878 dirección calle 72 #68-18 Barrio SAN FRANCISCO club 3014576395 NUMERO EQUIVOCADO
GEOVANI RAFAEL BLANCO PERALTA ccf 8802181 dirección KPA 13 #45-84 Barrio La SIERRA club 3244282271 contesta el señor Eduardo Blanco Peralta hermano del paciente comenta que el hijo en Bogotá no dio muestra

NOTA: LA DIRECCION DEL PACIENTE JEISON ANTONIO CONSUEGRA calle 54 #493 barrio la sierrita es de la ciudad pero el CLAVE en el sistema recibe tratamiento en el Hospital Paula Garza

