

Barranquilla, junio del 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 GESTION 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 30 de abril a l 29 de mayo 2026.

<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>	<b>DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD</b>
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).	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:  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)
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. 3. Apoyar a los Equipos de Reacción Inmediata (ERI) de la Secretaría Distrital de Salud, para la atención	Brindar acompañamiento telefónico a pacientes diagnosticado con TB y LEPRÁ garantizando adherencia al tratamiento, educación en salud apoyo psicosocial con regularidad, coordinación, empatía y confiabilidad.

<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>

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

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

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 SOCIODEMOCRÁFICA 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: ATAUNCO	1.11 Dirección de residencia: calle 57/18-25	1.12 Municipio: B/elle
1.13 Localidad/comuna/yereda: Socorro	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 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"/> 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 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: 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: 21-04-26	3.2 Fecha de inicio 1 Fase: 21-04-26	3.3 Fecha de inicio 2 Fase:
---	---	-----------------------------



4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS											
4.1 Nombre y apellidos del caso índice: Nombre y apellidos del contacto	Edad de identificación	Documento de identificación	Dirección	Teléfono	EAVE	Tipo de contacto	4.3 Número de identificación: CC A RC PS CE NUIP Otro	4.4 Dirección: Calle y número	4.5 Departamento/Distrito: Subpoblación reportadora (UI)	4.6 Municipio: Provincia de Educación (Solo si PPD es normal y es normal en otras pruebas)	Problema (Solo si PPD es normal y es normal en otras pruebas)
JHOXY ZAPATA ESCOBAR	43 años	22424897	Callao/R-25	314607595	Contributivo	Familiar	8679263	Trujillo	Atlixco	Buenavista	Problema de Educación (Solo si PPD es normal y es normal en otras pruebas)
ERICK JOSE ZAPATA ESCOBAR	40 años	22424897	Callao/R-25	314607595	Contributivo	Familiar	8679263	Trujillo	Atlixco	Buenavista	Problema de Educación (Solo si PPD es normal y es normal en otras pruebas)
ERICK JOSE ZAPATA ESCOBAR	40 años	22424897	Callao/R-25	314607595	Contributivo	Familiar	8679263	Trujillo	Atlixco	Buenavista	Problema de Educación (Solo si PPD es normal y es normal en otras pruebas)

(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)

Form section 1 containing demographic data: 1.1 Sexo (F), 1.2 Edad (79 años), 1.3 Nombre y apellidos (ADELINA BOLANO DE BOLANO), 1.4 Tipo de documento de identidad (CC), 1.5 Número de identificación (22371802), 1.6 Ocupación (PENSIONADA), 1.7 Etnia (Afrocolombiano), 1.8 Escolaridad (Profesional), 1.9 Estado Civil (Unión Libre), 1.10 Departamento/Distrito (ATLANTICO), 1.11 Dirección de residencia (Calle 83B #420121), 1.12 Municipio (Bella Vista), 1.13 Localidad/comuna/vereda (Centro Historico), 1.14 Barrio (N. HORIZONTE), 1.15 Área geográfica (Zona Urbana), 1.16 Tipo de vivienda (Casa), 1.17 Tipo de trabajo (Empleado), 1.18 Régimen de afiliación en salud (Contributivo), 1.19 Nombre de la EAPB (SURA), 1.20 Grupo poblacional (habitante de calle), 1.21 Cuántas personas viven con usted (4-6), 1.22 Calidad de vivienda (Existente), 1.23 Cuántas personas dependen económicamente de usted (4-6), 1.24 La vivienda cuenta con servicios (Luz, agua, alcantarillado, gas, internet, televisión, teléfono, recolección de basuras), 1.25 Sus ingresos económicos mensuales son (>4 SMLMV), 1.26 Cuántas comidas ingiere al día promedio (>3), 1.27 Recibe algún tipo de subsidio económico del estado (No).

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

Form section 2 containing tuberculosis diagnosis and entry data: 2.1 Tipo de tuberculosis (Pulmonar), 2.2 Condición de ingreso (Nuevo), 2.3 Criterio de diagnóstico (Cultivo líquido: No, Prueba Molecular: No, Baciloscopia: No, Radiografía de tórax: No, Diagnóstico clínico: No), 2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico (Cultivo: (-), Contaminado, Prueba molecular: No detectado, Resistente a: rifampicina, isoniacida, quinolonas, aminoglucósidos, Baciloscopia: (-)), 2.5 Tipo de caso (TB Sensible), 2.6 Fecha de diagnóstico (15-04-26).

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

Form section 3 containing treatment follow-up data: 3.1 Fecha de ingreso al programa (26-04-26), 3.2 Fecha de inicio 1 Fase (26-04-26), 3.3 Fecha de inicio 2 Fase (calcular).







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  F  1.2 Edad: 35 AÑOS 1.3 Nombre y apellidos: JELSON ANTONIO CONSUEGRA 1.4 Tipo de documento de identidad: CC  RC  PS  CE  NUIP  Otro

1.5 Número de identificación: 7119699110 1.6 Ocupación: INDEPENDIENTE 1.7 Etnia: Indígena  Afrocolombiano  Raizal  Rom gitano  Si es indígena indique el pueblo \_\_\_\_\_

1.8 Escolaridad: Sin escolaridad  Primaria  Bachillerato  Técnico  Profesional  Posgrado  1.9 Estado Civil: Soltero(a)  Casado(a)  Unión Libre  Otro  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: 1.15 Área geográfica: Zona Urbana  Rural  Rural dispersa

1.16 Tipo de vivienda: Casa  Apartamento  Albergue  Centro Protección  Ninguna  1.17 Tipo de trabajo: Empleado  Independiente  Desempleado  1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo  Subsidiado  No asegurado  Régimen Especial

1.19 Nombre de la EAPB: Copu Copi 1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad  habitante de calle  migrante  trabajador de la salud  desplazado  persona con discapacidad  desmovilizado  víctima del conflicto  madres comunitarias  población LGBTI  Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1  2-3  4-6  >6  1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinaiento Si  No  Falta ventilación Si  No  Iluminación Si  No

1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0  1  2-3  4-6  >6  1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz  agua  alcantarillado  gas  internet  televisión  teléfono  recolección de basuras

1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene  < 1 SMLMV  2-3 SMLMV  >4 SMLMV  1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1  2  3  >3  1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí  No

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

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar  Extrapulmonar  Meningea  Especifique la localización extrapulmonar: \_\_\_\_\_

2.2 Condición de ingreso: Nuevo  Recaída  Fracaso  Recuperado tras pérdida  Otro

2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí  No  Prueba Molecular: Sí  No  Baciloscopia: Sí  No  Radiografía de tórax: Sí  No  Diagnóstico clínico: Sí  No

2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-)  1 a 9 BAAR  +  ++  +++  NR  Contaminado  Prueba molecular: No detectado  Detectado  No interpretable  Resistente a: rifampicina  isoniacida  quinolonas  aminoglicósidos  Baciloscopia: (-)  1 a 9 BAAR  +  ++  +++  NR

2.5 Tipo de caso: TB Sensible  TBMDR/RR  TB Mono H  TBXDR  2.6 Fecha de diagnóstico: 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: \_\_\_\_\_





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS**

4.1 Nombre y apellidos del caso índice: **TEJESON ANTONIO CONSUEGRA**

4.2 Tipo de documento de identidad: **CA** RC  PS  CE  NIUP  Otro

4.3 Número de identificación: **1119699110**

4.4 Dirección: **CALLE 54A-4493**

4.5 Departamento/Distrito: **ARANTICO**

4.6 Municipio: **BARRANQUETIA**

Fecha de registro contacto	Nombre y apellidos del contacto	Edad	Documento de Identificación	Dirección	Teléfono	EAPB	Tipo de contacto	Régimen de afiliación	Grupo poblacional	Factores de riesgo	Síntomas respiratorios (SR)	Declaro de TB (solo aplica si es SR)	Prueba de tuberculito (solo se aplica si no tiene síntomas)	RX Tórax (Solo se hace si PPD es positiva)	Pruebas (Solo si PPD es positiva y RX normal no síntomas)
04-05-26	JESURIS IBARRA	34 AÑOS	1128833441	CALLE 54A-4493	92369228		Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/>	Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	Hombre <15 años <input type="checkbox"/> >15 años <input checked="" type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> LGBTI <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Trabajador salud <input type="checkbox"/> Habitante de calle <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (Cuál?)	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Síncosis <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 <input type="checkbox"/> (Cuál?)	1ª visita: <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input checked="" type="checkbox"/> confirmado <input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretado <input type="checkbox"/> Baciloscoopia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input checked="" type="checkbox"/>	1ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> >5mm <input type="checkbox"/> >10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> >5mm <input type="checkbox"/> >10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> No <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"/> Abnormal <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandonó <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
04-05-26	JADIS CONSUEGRA IBARRA	13 AÑOS	1119979799	CALLE 54A-4493	92369228		Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/>	Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	Hombre <15 años <input checked="" type="checkbox"/> >15 años <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> LGBTI <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Trabajador salud <input type="checkbox"/> Habitante de calle <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (Cuál?)	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Síncosis <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 <input type="checkbox"/> (Cuál?)	1ª visita: <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input checked="" type="checkbox"/> confirmado <input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretado <input type="checkbox"/> Baciloscoopia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input checked="" type="checkbox"/>	1ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> >5mm <input type="checkbox"/> >10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> >5mm <input type="checkbox"/> >10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> No <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"/> Abnormal <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandonó <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
04-05-26	ALFLIS CONSUEGRA IBARRA	11 AÑOS	1105698820	CALLE 54A-4493	92369228		Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/>	Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	Hombre <15 años <input checked="" type="checkbox"/> >15 años <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> LGBTI <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Trabajador salud <input type="checkbox"/> Habitante de calle <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (Cuál?)	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Síncosis <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 <input type="checkbox"/> (Cuál?)	1ª visita: <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input checked="" type="checkbox"/> confirmado <input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretado <input type="checkbox"/> Baciloscoopia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input checked="" type="checkbox"/>	1ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> >5mm <input type="checkbox"/> >10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> >5mm <input type="checkbox"/> >10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> No <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"/> Abnormal <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandonó <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
04-05-26	TADIR CONSUEGRA IBARRA	5 MESES	11204047003	CALLE 54A-4493	92369228		Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/>	Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	Hombre <15 años <input checked="" type="checkbox"/> >15 años <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> LGBTI <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Trabajador salud <input type="checkbox"/> Habitante de calle <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (Cuál?)	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Síncosis <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 <input type="checkbox"/> (Cuál?)	1ª visita: <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input checked="" type="checkbox"/> confirmado <input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretado <input type="checkbox"/> Baciloscoopia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input checked="" type="checkbox"/>	1ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> >5mm <input type="checkbox"/> >10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2ª visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> >5mm <input type="checkbox"/> >10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3ª visita: <input type="checkbox"/> No <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"/> Abnormal <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandonó <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  F

1.2 Edad: 79 AÑOS

1.3 Nombre y apellidos: ISAIACASTRO REYES ORTEGA

1.4 Tipo de documento de identidad:  CCC  RC  PS  CE  NUJIP  Otro

1.5 Número de identificación: 7432476

1.6 Ocupación:

1.7 Etnia:  Indígena  Afrocolombiano  Raizal  rom gitano  Si es indígena indique el pueblo \_\_\_\_\_

1.8 Escolaridad: Sin escolaridad  Primaria  Bachillerato  Técnico  Profesional  Posgrado

1.9 Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Unión Libre  Otro

1.10 Departamento/Distrito: ATLÁNTICO

1.11 Dirección de residencia: RRA 72/80-107

1.12 Municipio: BLQUIVILLA

1.13 Localidad/comuna/vereda: NORTE CENTRO HISTORICO

1.14 Barrio: PARAISO

1.15 Área geográfica: Zona Urbana  Rural  Rural dispersa

1.16 Tipo de vivienda: Casa  Apartamento  Albergue  Centro Protección  Ninguna

1.17 Tipo de trabajo: Empleado  Independiente  Desempleado

1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo  Subsidiado  No asegurado  Régimen Especial

1.19 Nombre de la EAPB: SANITAS

1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad  habitante de calle  migrante  trabajador de la salud  desplazado  persona con discapacidad  desmovilizado  víctima del conflicto  madres comunitarias  población LGBTI  Otro  ¿Cuál?

1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1  2-3  4-6  >6

1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe?  No  Sí  Hacinaiento  Sí  No  Falta ventilación  Sí  No  Iluminación  Sí  No

1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0  1  2-3  4-6  >6

1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz  agua  alcantarillado  gas  internet  televisión  teléfono  recolección de basuras

1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene  < 1 SMLMV  2-3 SMLMV  >4 SMLMV

1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1  2  3  >3

1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí  No

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

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar  Extrapulmonar  Meningea  Especifique la localización extrapulmonar: \_\_\_\_\_

2.2 Condición de ingreso: Nuevo  Recaída  Fracaso  Recuperado tras pérdida  Otro

2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí  No  Prueba Molecular: Sí  No  Baciloscopia: Sí  No  Radiografía de tórax: Sí  No  Diagnóstico clínico: Sí  No

2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-)  1 a 9 BAAR  +  ++  +++  NR  Contaminado  Prueba molecular: No detectado  Detectado  No interpretable  Resistente a: rifampicina  isoniazida  quinolonas  aminoglucósidos  Baciloscopia: (-)  1 a 9 BAAR  +  ++  +++  NR

2.5 Tipo de caso: TB Sensible  TBMDR/RR  TB Mono H  TBXDR

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:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	Evaluación de la exposición													
Nombre y apellidos del contacto	Edad	Documento de identificación	Dirección	Teléfono	ESPT	Tipo de contacto	Régimen de afiliación	Menor de 15 años	Mayor de 15 años	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita	6ª visita	7ª visita	8ª visita	9ª visita	10ª visita
ISAAC REYES ORTEGA	2239307	7200692	Call 2780132	603508193	Call 2780132	Familiar	Contributivo	Menor de 15 años	Mayor de 15 años	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita	6ª visita	7ª visita	8ª visita	9ª visita	10ª visita
BARNIEA RINCON SERKIS	2239307	7200692	Call 2780132	603508193	Call 2780132	Familiar	Contributivo	Menor de 15 años	Mayor de 15 años	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita	6ª visita	7ª visita	8ª visita	9ª visita	10ª visita
JORGE ISAAC DEYES RINCON	2239307	7200692	Call 2780132	603508193	Call 2780132	Familiar	Contributivo	Menor de 15 años	Mayor de 15 años	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita	6ª visita	7ª visita	8ª visita	9ª visita	10ª visita

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



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 SEGUIMIENTO 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**

TONY ZAPATA OROZCO cef 8679263 dirección Calle 57 #18-25 Barrio BUENA Esperanza

ABELINA BOLAÑOS DE BOLAÑOS cef 22375802 dirección Calle 83 B #42-012 Barrio NUEVO Horizonte

JEISON ANTONIO CONSUEGRA cef 1149699110 dirección Calle 54 #4A-93 Barrio La Esperanza el TRATAMIENTO se lo están dando en Santa María

ISABEL DASTOR REYES ORTEGA cef 7432476 dirección KRA 74 #80-109 Barrio PARAISO

FALLIDAS

JOSÉ MIGUEL GARCÍA CASTILLO cef 870450 dirección Calle 76 #42-1391 Barrio ALAMEDA del río cef 3015312459 NO CONTESTAN.

JOSÉ GUILLERMO PALPAEL cef 72290878 dirección Calle 72 #68-18 Barrio SAN FRANCISCO CUBER 3014516395 NUMERO EQUIVOCADO

GEOVANI RAFAEL BLANCO PERALTA cef 8802181 dirección KRA 13 #45-84 Barrio La Gloria celular 3244287271 comenta al señor Eduardo Blanco Peralta hermano del paciente comenta que el hijo en Hatoambo no da más datos

NOTA: LA DIRECCION DEL PACIENTE JEISON ANTONIO CONSUEGRA cef 1149699110 Barrio La Esperanza es de la ciudad pero el CPVE en Hatoambo recibe tratamiento en el Hospital Pablo Torres

