OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Informar de acuerdo a curso de vida a las las familias visitadas, con el fín de promover la salud y la cultura del autocuidado para la detección temprana de riesgos asociados a : *Enfermedades prevalentes de la infancia, materno-perinatal, salud ambiental, salud mental y convivencia social, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, promoción de la higiene y la salud bucal, salud en el entorno laboral, gestión diferencial de las poblaciones vulnerables (Indígenas, Negros, Afrodescendientes, Raizales, Palanqueros-NARP y RrOM, discapacidad, víctimas del conflicto armado, desmovilizados, reinsertados, migrantes, etc), deberes y derechos en salud, promoción de la vacunación en la población objeto del programa ampliado de inmunizaciones – PAI y demás riesgos identificados en el microterritorio.	10-06-2026	05

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
CHAGUANI	5:00 P.M	6:30 P.M

ORDEN DEL DÍA

- Verificación de asistencia
- Lectura y aprobación del orden del día
- Socialización del objetivo de la reunión educativa
- Desarrollo del tema educativo
- Espacio de participación y preguntas
- Compromisos
- Conclusiones generales
- Cierre de la reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Durante las visitas casa a casa realizadas en las veredas Llanadas y La Tabla, se brindó educación individual, familiar y comunitaria a cada una de las personas visitadas, teniendo en cuenta su ciclo de vida, condiciones de salud y factores de riesgo identificados durante el recorrido. Estas actividades tuvieron como objetivo fortalecer los conocimientos de la población sobre la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y la adopción de prácticas de autocuidado que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las familias y de la comunidad en general. Durante cada encuentro se promovió la participación activa de los

integrantes del hogar, permitiendo identificar necesidades específicas y brindar orientación acorde con cada situación.

En relación con el **cáncer de mama**, se realizó sensibilización sobre la importancia de la detección temprana, explicando que esta enfermedad puede ser tratada de manera más efectiva cuando se identifica en sus etapas iniciales. Se enseñó la técnica adecuada para realizar el autoexamen de mama de forma mensual, se explicó cuáles son los signos de alarma que requieren valoración médica inmediata, tales como bultos, cambios en la piel, retracción del pezón, secreciones anormales o dolor persistente. Además, se destacó la importancia de asistir a los controles médicos y realizarse los exámenes de tamizaje correspondientes según la edad y los factores de riesgo de cada mujer.

Respecto al **cáncer de próstata**, se orientó especialmente a la población masculina sobre la importancia de la prevención y el diagnóstico oportuno. Se explicó que esta enfermedad puede desarrollarse de manera silenciosa durante muchos años, por lo que es fundamental acudir periódicamente a controles médicos. También se socializaron los principales síntomas de alerta, como dificultad para iniciar la micción, disminución del chorro urinario, necesidad frecuente de orinar durante la noche, dolor o molestias al orinar y presencia de sangre en la orina. Igualmente, se promovió la adopción de hábitos saludables como una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física.

En cuanto al **dengue**, se explicó ampliamente la forma en que se transmite esta enfermedad a través de la picadura del mosquito Aedes aegypti y los riesgos que representa para la salud, especialmente en niños, adultos mayores y personas con enfermedades de base. Se educó a las familias sobre la importancia de mantener los patios limpios, eliminar recipientes que acumulen agua, lavar y tapar adecuadamente los tanques de almacenamiento, cambiar frecuentemente el agua de los bebederos de animales y utilizar medidas de protección como repelentes, toldillos y ropa de manga larga. Además, se enfatizó en la necesidad de consultar oportunamente a los servicios de salud ante la presencia de síntomas compatibles con la enfermedad.

Sobre la **fiebre amarilla**, se informó a la comunidad acerca de la gravedad de esta enfermedad viral y de la importancia de la vacunación como principal medida preventiva. Se explicó que una sola dosis de la vacuna brinda protección prolongada y que es especialmente importante para las personas que habitan o se desplazan hacia zonas de riesgo. Asimismo, se reforzaron las recomendaciones relacionadas con el control de mosquitos y el uso de medidas de protección personal para evitar picaduras.

Durante la educación sobre **diabetes mellitus**, se abordaron aspectos relacionados con la prevención, detección temprana y control de la enfermedad. Se explicó que factores como el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el sobrepeso y los antecedentes familiares pueden aumentar el riesgo de padecer esta condición. También se orientó a la comunidad sobre los signos y síntomas más frecuentes, como aumento de la sed, hambre excesiva, pérdida de peso sin causa aparente, cansancio frecuente y visión borrosa. Se promovió la realización de controles médicos periódicos y la adopción de hábitos saludables para prevenir complicaciones.

En el tema de **hipertensión arterial**, se destacó que esta enfermedad es considerada un problema

de salud pública debido a su alta frecuencia y a las complicaciones que puede generar cuando no es controlada adecuadamente. Se explicó la importancia de monitorear regularmente la presión arterial, reducir el consumo de sal y alimentos ultraprocesados, evitar el tabaquismo, moderar el consumo de alcohol y mantener una rutina constante de actividad física. Además, se recordó la importancia de cumplir estrictamente con los tratamientos formulados por los profesionales de salud.

De igual manera, se desarrolló una amplia educación sobre **hábitos de vida saludable**, resaltando la importancia de una alimentación balanceada rica en frutas, verduras, cereales integrales y proteínas saludables. Se promovió la práctica de actividad física por lo menos 30 minutos al día, el adecuado consumo de agua, el descanso suficiente, la disminución del estrés y el fortalecimiento de la salud mental mediante actividades recreativas y de integración familiar. También se hizo énfasis en la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias que pueden afectar negativamente la salud.

En cuanto a la **salud oral**, se brindaron recomendaciones sobre las técnicas correctas de cepillado dental, el uso diario de seda dental y la importancia de realizar controles odontológicos periódicos. Se explicó que una adecuada higiene bucal contribuye no solo a prevenir caries y enfermedades de las encías, sino también a evitar otras complicaciones que pueden afectar el estado general de salud. Asimismo, se orientó a padres y cuidadores sobre la importancia de fomentar hábitos de higiene oral desde la primera infancia.

Adicionalmente, durante las visitas se reforzaron mensajes relacionados con la importancia de la afiliación al sistema de salud, la asistencia a los programas de promoción y mantenimiento de la salud, el cumplimiento de los esquemas de vacunación, la identificación temprana de signos de alarma en diferentes enfermedades y la utilización adecuada de los servicios de salud disponibles en el municipio.

Finalmente, se desarrolló un amplio **espacio de participación, diálogo y resolución de preguntas**, donde los habitantes expresaron sus inquietudes relacionadas con los temas tratados, compartieron experiencias personales y recibieron orientación específica por parte del equipo de salud. Este espacio permitió fortalecer los conocimientos adquiridos, aclarar conceptos erróneos, fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y promover una mayor participación comunitaria en las actividades de promoción y prevención. La comunidad manifestó interés y receptividad frente a las temáticas abordadas, evidenciando la importancia de continuar realizando este tipo de estrategias educativas que contribuyen al bienestar integral de la población.

CONCLUSIONES

Como resultado de las actividades de educación realizadas durante las visitas casa a casa en las veredas Llanadas y La Tabla, se logró fortalecer significativamente los conocimientos de la comunidad en temas prioritarios de salud pública, promoción de la salud y prevención de enfermedades. La metodología empleada permitió establecer un contacto directo con las familias, facilitando la identificación de necesidades, dudas e inquietudes relacionadas con el cuidado de la salud y generando espacios de aprendizaje orientados a mejorar las prácticas de autocuidado dentro de los hogares. La comunidad recibió información clara y oportuna sobre cáncer de mama,

cáncer de próstata, dengue, fiebre amarilla, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hábitos de vida saludable y salud oral, favoreciendo una mayor comprensión de los factores de riesgo, las medidas preventivas y la importancia de la detección temprana de diversas enfermedades.

Durante las jornadas se evidenció una participación activa de los habitantes, quienes mostraron interés por fortalecer sus conocimientos y resolver inquietudes relacionadas con su estado de salud y el de sus familias. Este proceso educativo permitió sensibilizar a la población sobre la importancia de adoptar conductas saludables, realizar controles médicos periódicos, mantener actualizados los esquemas de vacunación, asistir oportunamente a los servicios de salud y estar atentos a la aparición de signos y síntomas de alarma que requieran atención médica. Asimismo, se promovió el reconocimiento de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria en el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades.

De igual manera, se logró reforzar conocimientos relacionados con la prevención de enfermedades transmitidas por vectores, especialmente dengue y fiebre amarilla, destacando la importancia de mantener entornos limpios y libres de criaderos de mosquitos mediante la adecuada disposición de residuos, el lavado y tapado de tanques de almacenamiento de agua y la eliminación de recipientes en desuso que puedan acumular agua lluvia. Estas acciones contribuyen no solo a la protección de cada familia, sino también al bienestar colectivo de toda la comunidad.

En relación con las enfermedades crónicas no transmisibles, se fortaleció la comprensión sobre la importancia de mantener hábitos saludables que permitan disminuir el riesgo de desarrollar patologías como diabetes e hipertensión arterial. Se destacó la necesidad de mantener una alimentación equilibrada, reducir el consumo de alimentos ultraprocesados, azúcares, grasas y sodio, realizar actividad física de manera regular y evitar el consumo de tabaco y alcohol. Además, se promovió la importancia de la adherencia a los tratamientos médicos en aquellas personas que ya cuentan con diagnósticos establecidos.

También se resaltó la importancia de la salud oral como parte integral del bienestar general, promoviendo prácticas adecuadas de higiene bucal y la asistencia periódica a controles odontológicos para prevenir enfermedades que puedan afectar la calidad de vida de las personas. Del mismo modo, se brindaron recomendaciones encaminadas al fortalecimiento de la salud mental, la convivencia familiar, el manejo adecuado del estrés y la promoción de entornos protectores para todos los integrantes del hogar.

Las visitas domiciliarias permitieron además fortalecer el vínculo entre la comunidad y los servicios de salud, generando confianza y facilitando el acceso a información confiable que contribuye a la toma de decisiones informadas sobre el cuidado de la salud. La estrategia casa a casa demostró ser una herramienta efectiva para acercar las acciones de promoción y prevención a la población rural, especialmente a aquellas personas que presentan dificultades para acceder a los servicios institucionales o que requieren orientación personalizada.

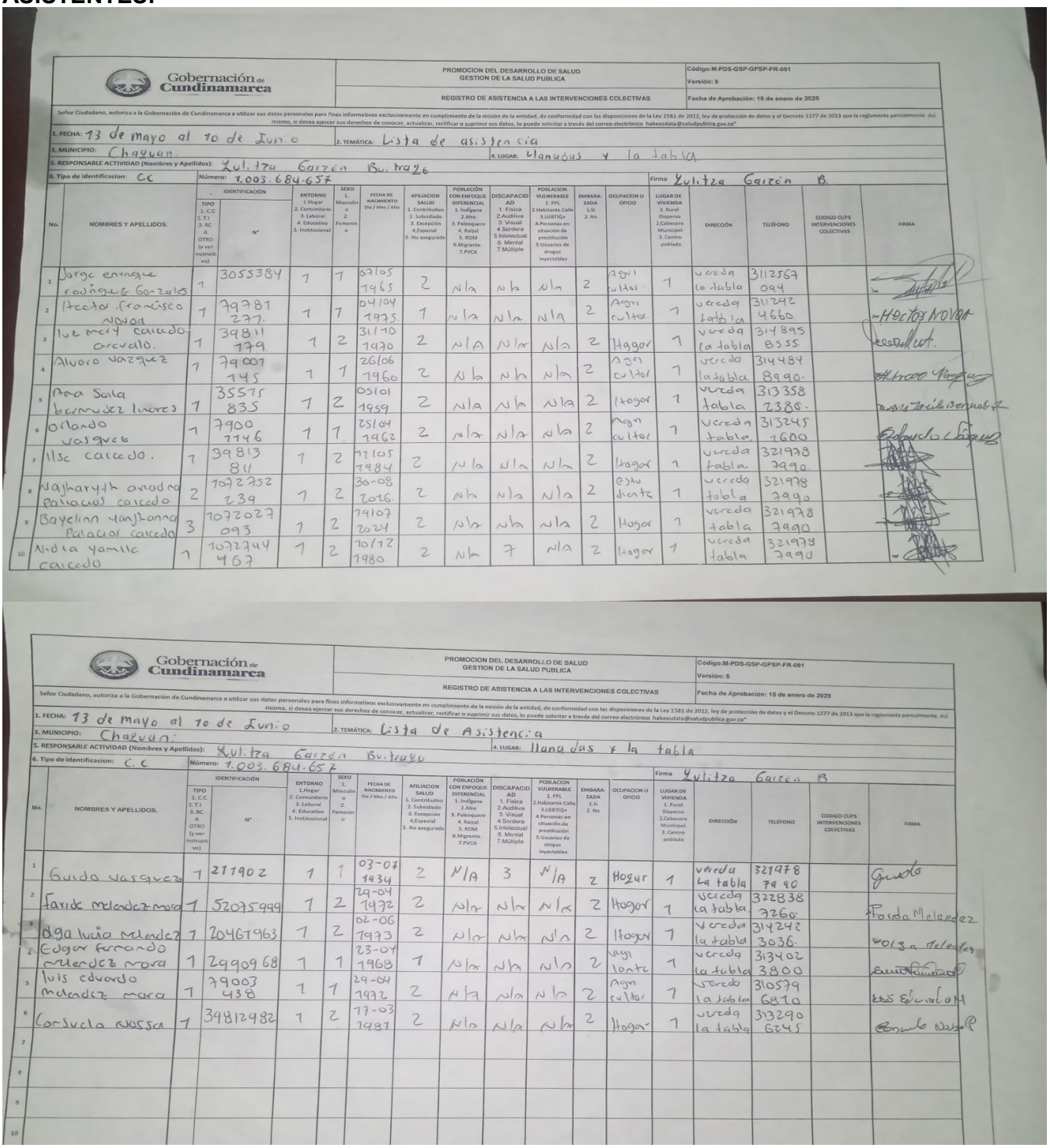
En términos generales, se concluye que las actividades desarrolladas tuvieron un impacto positivo en la comunidad, fortaleciendo capacidades individuales y colectivas para la protección de la salud y la prevención de enfermedades. Se evidenció la importancia de continuar implementando procesos permanentes de educación en salud que permitan mantener informada a la población,

promover estilos de vida saludables y fortalecer la cultura del autocuidado. Asimismo, se recomienda dar continuidad a las visitas domiciliarias, jornadas educativas y actividades comunitarias, con el propósito de consolidar los conocimientos adquiridos, identificar oportunamente situaciones de riesgo y contribuir al mejoramiento continuo de las condiciones de salud y calidad de vida de los habitantes de las veredas Llanadas y La Tabla. Estas acciones fortalecen el trabajo articulado entre la comunidad y el sector salud, favoreciendo la construcción de entornos más saludables, seguros y protectores para toda la población.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
· Continuar promoviendo actividades de educación en salud dirigidas a la comunidad de las veredas Llanadas y La Tabla, fortaleciendo los conocimientos sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades.	EN PROCESO	YULITZA GARZON
· Realizar seguimiento periódico a las familias visitadas, con el fin de reforzar los temas abordados y resolver nuevas inquietudes relacionadas con el cuidado de la salud.	EN PROCESO	YULITZA GARZON
· Incentivar a la comunidad para que participe activamente en las jornadas de promoción y mantenimiento de la salud, vacunación, tamizajes y demás actividades ofertadas por las instituciones de salud.	EN PROCESO	YULITZA GARZON
· Promover la adopción de hábitos de vida saludable, incluyendo una alimentación balanceada, la práctica regular de actividad física, el adecuado consumo de agua y la disminución de factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas.	EN PROCESO	YULITZA GARZON
· Fortalecer las acciones de prevención del dengue y la fiebre amarilla mediante la eliminación de criaderos de mosquitos, el mantenimiento de entornos limpios y la promoción de la vacunación cuando corresponda.	EN PROCESO	YULITZA GARZON
· Motivar a hombres y mujeres a realizarse oportunamente los exámenes y controles médicos para la detección temprana de cáncer de mama y cáncer de próstata, de acuerdo con las recomendaciones del personal de salud.	EN PROCESO	YULITZA GARZON

ASISTENTES:



PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091
Versión: 6

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 13 de mayo al 10 de Junio
2. TEMÁTICA: Lista de asistencia
3. MUNICIPIO: Chaguani
4. LUGAR: Llanadas y la tabla
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Yulitza Gaizón Bustos
6. Tipo de identificacion: CC Número: 1.003.684-657
Firma Yulitza Gaizón B.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Jorge enrique rodriguez Gonzales	1	3055384	1	1	07/05/1965	2	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor	1	vereda la tabla	3112567094		
2	Hector francisco Novoa	1	79781277	1	1	04/04/1975	1	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor	1	vereda tabla	311292 4660		Hector Novoa
3	luz mery caicedo arevalo	1	39811779	1	2	31/10/1970	2	N/A	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda la tabla	314895 8555		
4	Alvaro vazquez	1	79007145	1	1	26/06/1960	2	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor	1	vereda la tabla	314484 8990		
5	Ana Sala bermudez linares	1	35575835	1	2	05/01/1959	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda tabla	313358 7380		
6	Orlando vasquez	1	7900 7746	1	1	25/04/1962	2	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor	1	vereda tabla	313245 1600		
7	Ilse caicedo	1	39813811	1	2	11/05/1984	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda tabla	321978 7990		
8	Nayhary th arodra Palacios caicedo	2	1072752239	1	2	30-08-2016	2	N/a	N/a	N/a	2	estudiante	1	vereda tabla	321978 7990		
9	Bayelinn yanitzana Palacios caicedo	3	1072027093	1	2	19/07/2024	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda tabla	321978 7990		
10	Nidia yamile caicedo	1	1072744467	1	2	10/12/1980	2	N/a	7	N/a	2	Hogar	1	vereda tabla	321978 7990		

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

Código:M-PDS-GSP-GPSP-FR-091
Versión: 6

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 13 de mayo al 10 de Junio
2. TEMÁTICA: Lista de Asistencia
3. MUNICIPIO: Chaguani
4. LUGAR: Llanadas y la tabla
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Yulitza Gaizón Bustos
6. Tipo de identificacion: C.C Número: 1.003.684.657
Firma Yulitza Gaizón B

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Guido vasquez	1	271902	1	1	03-07-1934	2	N/A	3	N/A	2	Hogar	1	vereda la tabla	321978 7990		Guido
2	Faride melendez mora	1	52075999	1	2	29-04-1972	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda la tabla	322838 7260		Faride Melendez
3	Olga lucia melendez	1	20467963	1	2	02-06-1973	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda la tabla	314242 3036		8013 a Telefax
4	Edgar fernando melendez mora	1	79909968	1	1	23-07-1968	1	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor	1	vereda la tabla	313402 3800		
5	luis eduardo melendez mora	1	79003438	1	1	29-04-1972	2	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor	1	vereda la tabla	310579 6870		Luis Eduardo M
6	Consuelo Nossa	1	39812982	1	2	17-03-1981	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda la tabla	313290 6245		
7																	
8																	
9																	
10																	

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

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTION DE LA SALUD PUBLICA

Código:M-POS-GSP-GPSP-FR-051
Versión: 6

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 13 de Mayo al 10 de Junio
2. TEMÁTICA: Lista de asistencia
3. MUNICIPIO: Chaguani.
4. LUGAR: Llanadas y La Tabla
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Zulitza Garzón B
6. Tipo de Identificación: C. C. Número: 1.003.684.657 Firma: Zulitza Garzón B

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN: TIPO (1.C.C 2.T.I 3.RC 4. OTRO (Ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN: N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.SI 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Marta cecilia bojaca.	1	39690 955.	1	2	03/07 1964	2.	N/a	N/a	N/a	2.	Ho gar	1	Vereda llanadas	313250 2527		
2	Eulises casallas osaro.	1	2990 659	1	1	30/01 1963	2	N/a	N/a	N/a.	2	agri cultor	1	Vereda llanadas	313700 8784		
3	Kerdy tajarera. farfan	1	2990 733	1	1	12/11 1964	2	N/a	N/a	N/a	2	agri cultor	1	Vereda llanadas	314793 5068		
4	luz dary cespedes ayala	1	65775 778	1	2	08/08 1972.	2	N/a	N/a	N/a.	2	agri cultora	1	vereda llanadas	313229 8109.		
5	Ana cecila arvalo	1	20461 785	1	2	11/03 1940	2	N/a	N/a	N/a.	2	Hogar	1	vereda llanadas	321329 3952		
6	Gerardina ojeda casallas	1	20632 666.	1	2	12/04 1941	2	N/a	2	N/a	2	Hogar	1	vereda llanadas	323229 3665.		
7	eufasia casallas tirado.	1	212333	1	1	30/09 1939.	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar.	1	vereda llanadas	NO hace.		
8	Juan bautista caceres.	1	10155 986.	1	1	26/04 1946	2	N/a	N/a	N/a	2	agri cultor	1	vereda tabla.	321919 8369.		
9	Jaime Calderon herrera	1	212606	1	1	23/11 1948.	1	N/a	N/a	N/a	2	agri cultor	1	vereda tabla.	311235 7793		
10	Maria Ismenia parilla	1	35472 453	1	2	12/07 1966	1	N/a	N/a	N/a	2	Hogar.	1	vereda tabla	310301 4938		








Cáncer de Próstata



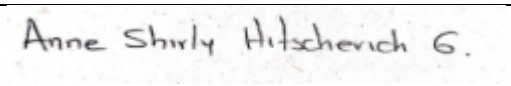



Cáncer de Próstata

Entre,

☐FUNCIONARIO, x CONTRATISTA PERSONA NATURAL, ☐CONTRATISTA PERSONA JURÍDICA O ☐ TERCERO

Seleccione el rol que corresponda y diligencie el siguiente cuadro. En el caso de persona jurídica diligencie el nombre de la empresa e incluya el nombre del representante Legal (elimine este texto en azul antes de imprimir)

Anne Shirly Hitscherich Garcia Nombre	 Firma
CC x TI ☐ CE ☐ NIT ☐ 1073690239 Tipo y N° Identificación	HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS Dependencia:
Auxiliar de enfermeria Cargo	calle 4 # 1-28 centro Dirección y Ciudad de Domicilio

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

CONSIDERACIONES

1. Que el presente Acuerdo de Confidencialidad tiene como finalidad establecer el uso y la protección de la información a los que tiene acceso el *Contratista o Funcionario (deje solamente la opción que corresponda).*

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

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

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

CLÁUSULAS

PRIMERA: Definiciones

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

INFORMACIÓN: Conjunto de datos relevantes para la entidad, que pueden estar disponibles a través de documentos, sistemas de información, aplicaciones, imágenes, entre otros medios.

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

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

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

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

TERCERA. OBLIGACIONES. El *Contratista o Funcionario (deje solamente la opción que corresponda)* se compromete a cumplir cabalmente los compromisos y lineamientos establecidos desde el Sistema Integrado de Gestión y Control, proceso de Seguridad de la Información de la Gobernación de Cundinamarca además de las siguientes obligaciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECIMA SEGUNDA: DERECHOS DE AUTOR: El contratista o funcionario que haga uso de elementos de cómputo asignados por el departamento no debe instalar software no autorizado por la entidad, o que no se encuentre licenciado.

*La cláusula **DÉCIMO TERCERA** se deben mantener únicamente para contratos suscritos con personas jurídicas, en caso contrario eliminarla **(elimine este texto en azul antes de imprimir):***

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

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

(*El acuerdo sólo puede ser modificado mediante documento escrito firmado por los representantes legales de ambas Partes* ***(elimine este texto en azul antes de imprimir)***).

Suscribo este compromiso en Guaduas , a los 19 días del mes de Enero del año 2026.

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

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

Datos del solicitante de Información (quien recibe la custodia)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo documento	Número de identificación
Lina	Maritza	Marroquin	Uzcano	cc	1071581000
Entidad/institución/Dependencia	**Correo electrónico**	**Información Solicitada**	**Periodicidad de tiempo**	**Uso de la información**	**Medio de envío información**
E.S.E. HSJG.	marroquinlina maritz@gmail.com	Base de datos survey	19-01-2026 30-06-2026	Obligaciones del Anexo Tecnico.	via electronica.

Descripción de la Información a entregar:
Teniendo en cuenta las aplicaciones del aplicativo survey 1,2,3 se solicita muy amablemente la base de datos descargada de la plataforma Argis, del periodo a realizar para dar cumplimiento a las obligaciones..(Aiepi, Entorno Hogar, gestantes, vacunación, canalizaciones).

Firma del solicitante: Maritza Mpl.

Cargo del Solicitante:
Auxiliar de enfermería

Día/Mes/Año: 19-01-2026.

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

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

Código: M-POS-ESP-AIEPI-FR-001
Versión: 07
Fecha de aprobación: / Enero / 2025

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: Hospital San Jose Cundinamarca
VEREDA: Pueblo Bogota
TIPO DE USUARIO: C__ I_V_ P__ E__ NO AFILIADO__
FECHA DE DIAGNÓSTICO (DD/MM/AÑO): __/__/____
MUNICIPIO ASEGURADOR: Nuevas
NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Sofia Baez
Participación en Acompañamiento: SI / NO
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 19/11/16
Consentimiento en Acompañamiento: SI / NO
EDAD: AÑOS 4 MESES ___ DÍAS ___
MENOR ESCOLARIZADO: SI / NO / NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: PREJAR / 1000 / 200 / 3000 / 4TO / 5TO / 6TO / OTRO
CUAL? ____
Educación en entorno escolar: SI / NO
Consolación educativa: SI / NO
SEXO / GÉNERO: Mujer / Hombre / Intersexual / No binario
M__ H__
MENOR SIN IDENTIFICACIÓN____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO____ CUÁL?____ NÚMERO 1189463088
Educación en identificación: SI / NO
Consolación por identificación: SI / NO
PROCEDENCIA: URBANA ___ RURAL ___ RURAL DISPERSO ___ CENTRO POBLADO ___

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI / NO
POBLACIÓN VULNERABLE: SI / NO
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI / NO
PALENQUERO / RAIZAL / ROM / NEGRO / MIGRANTE / OTRO
VICTIMA CONFLICTO ARMADO / DESMOVILIZADO / INMIGRANTE / OTRO
CUAL? ____
FÍSICA: limitación visual (ciego o con baja visión) / MOTORA: con relación con la alteración motriz (extremidad, muscular o/o nervios) / COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas en uso mental, elaboración o respuesta del pensamiento / MENTAL: con la que están relacionadas con las emociones en general y/o conducta / AUDITIVA: Alteración de tolerancia y/o funciones sensoriales auditivas
CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI / NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: SI / NO
CUAL? ____
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Angela Vanegas PARENTESCO Madre DIRECCIÓN Pueblo Bogota TELEFONO 3114977778

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

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

SALUD BUCAL

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

RECUERDE
*Remocion de placa bacteriana: semestral a partir del 1 año hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (según oferta)
*Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
Consolación en Salud Bucal: SI / NO

INFECCION RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI / NO
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI / NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS
TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES) SI / NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI / NO
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACION RÁPIDA SI / NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI / NO
¿PERDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI / NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI / NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

MENOS DE 2 MESES :	Normal de 30 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES:	Normal de 30 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS.	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 9 AÑOS.	Normal de 20 a 30

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI / NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI / NO
Educación en IRA-TB-COVID19: SI / NO
Consolación en IRA-TB-COVID19: SI / NO

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI / NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI / NO
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS 2
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI / NO
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI / NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI / NO
Educación en EDA: SI / NO
Consolación en EDA: SI / NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI / NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI / NO
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI / NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI / NO

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

Educación en FIEBRE: SI / NO
Consolación en FIEBRE: SI / NO

PAGINA 1 DE 3

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS SI / NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI / NO
TIENE DEPÓSITOS DE AGUA SI / NO
A. SIN TAPA SI / NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS SI / NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO SI / NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI / NO
DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI / NO
Consolación en DENGUE: SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA SI / NO

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

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

Educación en LEISHMANIASIS: SI / NO
Consolación en LEISHMANIASIS: SI / NO

CHAGAS

¿SABE QUE ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO
ALGUNO AL MEDICO QUE TENGA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (DHCA O MIP) SI / NO
UNA VIVE ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES SI / NO
ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

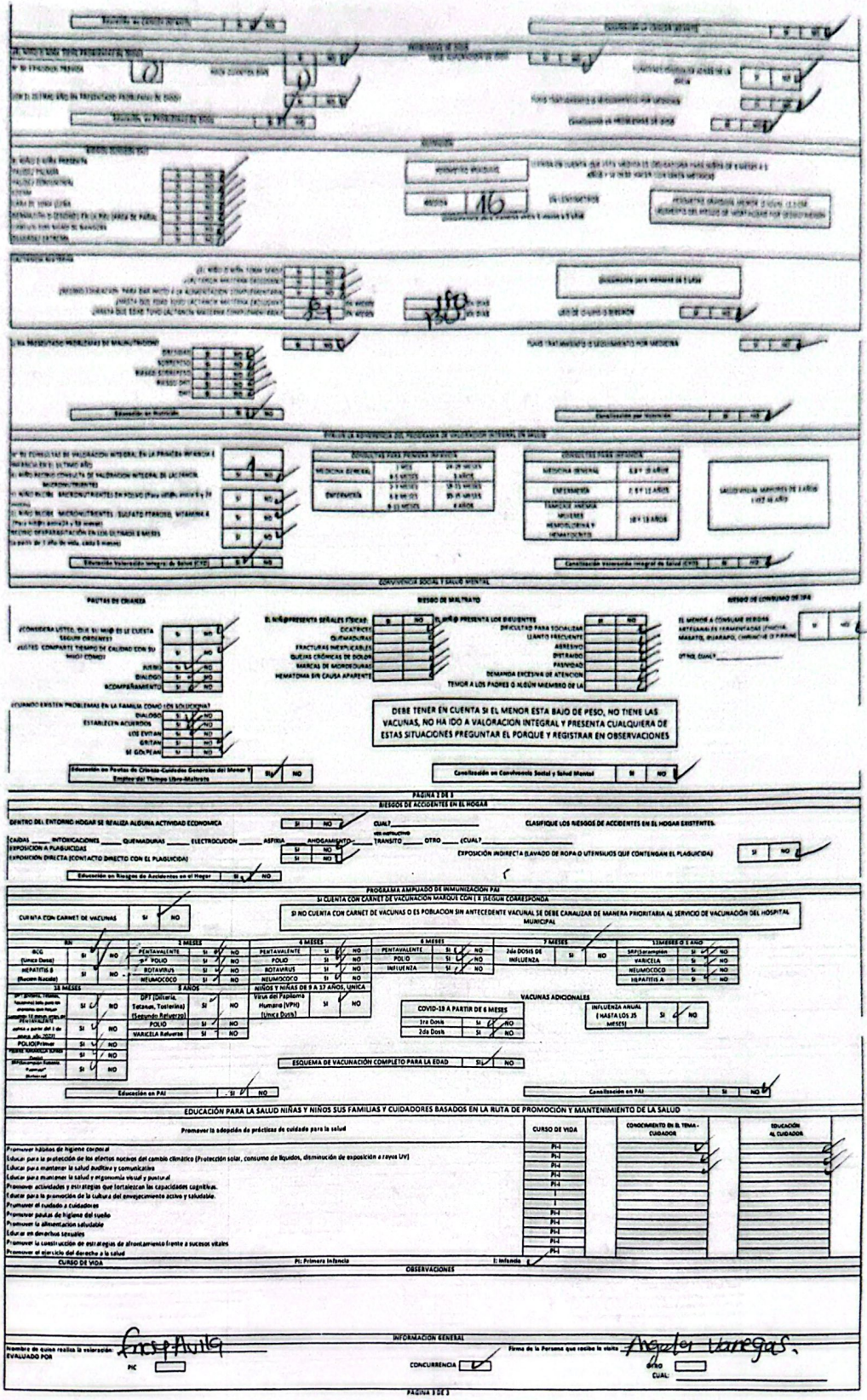
Educación en CHAGAS: SI / NO
Consolación en CHAGAS: SI / NO

RIESGO PARA CANCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑO SI / NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑO SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI / NO
EN LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y FIEBRE MAYOR A 7 DIAS SI / NO

Scanned with CamScanner



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

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR- 053
GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Versión: 07
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: /Enero / 2025

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de consultar,

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: Cambras — FECHA (DD/MM/AÑO) 03/06/26 — MUNICIPIO: Capanapi
VEREDA O — TIPO DE USUARIO C__ S X V__ P__ E__ NO AFILIADO__ — ASEGURADOR: Salud Total

NOMBRES Y APELLIDOS: Celeste Bocanegra Quesada. — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 4.0.7 — EDAD: AÑOS 01 MESES 06 DÍAS 202

Educación en Aseguramiento	SI	X

Canalización en Aseguramiento	SI	NO

MENOR ESCOLARIZADO | SI | NO | NO APLICA — GRADO DE ESCOLARIDAD | TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO — CUAL?

Educación en entorno escolar	X	NO

Canalización educación	SI	X

SEXO / GÉNERO: MUJER X | HOMBRE | INTERSEXUAL | NO BINARIO — TRANSGENERO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC X TI__ — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN____ — OTRO:____ CÚAL?_____ — NÚMERO: 1018279072

Educación en identificación	SI	NO

Canalización por identificación	SI	NO

PROCEDENCIA: URBANA ____ RURAL ____ RURAL DISPERSO X CENTRO POBLADO ____

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI | NO X — POBLACIÓN VULNERABLE: SI | NO X — MENOR CON DISCAPACIDAD: SI | NO X

PALENQUERO / ROM/GITANO / AFRO / RAIZAL / NEGRO / INDÍGENA / OTRO

VICTIMA CONFLICTO ARMADO / DESMOVILIZADO / INMIGRANTE / OTRO

CÚAL? _____

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nervioso)
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI | NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI | NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Sandra navarrete — PARENTESCO: Abuela — DIRECCIÓN: Cambras — TELÉFONO: 3197409826.

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI | NO X

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI | NO | NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI | NO | NO APLICA

VOMITA TODO: SI | NO
CONVULSIONES: SI | NO

INCONSCIENTE: SI | NO
LETÁRGICO: SI | NO

Educación en Signos Generales de Peligro	X	NO

Canalización en Signos Generales de Peligro	SI	X NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0____ 1____ 2 X 3____ 4 o más ____
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X CEPILLO X ENJUAGUE____ GASA____
SEDA ___ CUANTAS VECES 1____ 2____ 3____ 4 o más ____
OTRO, CUAL?____
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO ____

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

Educación en Salud Bucal	X	NO

Canalización en Salud Bucal	SI	X

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI X NO
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI X NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES) SI NO X
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI NO X
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI NO X

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI NO X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI NO X

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI NO X

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

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

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI NO X
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO X

Educación en IRA-TB-COVID19	X	NO

Canalización en IRA-TB-COVID19	SI	X

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI X NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI NO X
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI X NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA YSIN VOMITO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI X NO
TUVO TRAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI X NO

Educación en EDA	X	NO

Canalización en EDA	SI	X NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI NO X
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI NO X
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI NO X
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI NO X

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

Educación en FIEBRE	X	NO

Canalización en FIEBRE	SI	X NO

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS SI NO X
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI NO X

TIENE DEPÓSITOS DE AGUA SI X
A. SIN TAPA SI NO X
B. CON PRESENCIA DE LARVAS SI NO X
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO SI X NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI X NO

DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA

DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE	X	NO

Canalización en DENGUE	SI	X NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO SI NO X
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA SI NO X
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO SI NO X
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS SI NO X

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN SI NO X
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA SI NO X

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

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

Educación en LEISHMANIASIS	X	NO

Canalización en LEISHMANIASIS	SI	X

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO X
(ESPINOSA AL INSECTO QUE TRANSMITE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (CHINCHE, CHIPO O RITO)) SI NO X
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI NO X
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO X

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS	X	NO

Canalización en CHAGAS	SI	X

RIESGO PARA CANCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI NO X
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ SI NO X
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO SI NO X

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI NO X
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ SI NO X
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI NO X
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y SI NO X

Powered by CamScanner

FIEBRE MAYOR A 7 DIAS: NO X

Educación en CÁNCER INFANTIL: NO X

Canalización en CÁNCER INFANTIL: SI NO X

PROBLEMAS DE OIDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO? SI X

TIENE SUPURACION DE OIDO: SI NO

Nº DE EPISODIOS PREVIOS

HACE CUANTOS DIAS

TUVO ACCIÓN/DOLOR ATRAS DE LA OREJA: SI X

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? SI X

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI X

Educación en PROBLEMAS DE OIDO: NO X

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO: SI X

SIGNOS CLINICOS DNT

NUTRICIÓN

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

PALIDEZ PALMAR	SI	X
PALIDEZ CONJUNTIVAL	SI	X
EDEMA	SI	X
CARA DE LUNA LLENA	SI	X
DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE PAÑAL	SI	X
CABELLO CON SIGNO DE BANDERA	SI	X
DELGADEZ EXTREMA	SI	X

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

MEDIDA: 11 EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

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

LACTANCIA MATERNA

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

EN DIAS

EN DIAS

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN: SI NO

¿ HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? SI X

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI NO

OBESIDAD	SI	X
SOBREPESO	SI	X
RIESGO SOBREPESO	SI	X
RIESGO DNT	SI	X
DNT	SI	X

Educación en Nutrición: NO X

Canalización por Nutrición: SI X

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

Nº DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 1

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA: SI X NO

MICRONUTRIENTES

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

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

RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses): SI X NO

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

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

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD): NO X

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD): SI X NO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

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

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS:	SI	NO
CICATRICES		
QUEMADURAS		
FRACTURAS INEXPLICABLES		
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR		
MARCAS DE MORDEDURAS		
HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE		

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

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRRIN): SI NO

OTRO, CUAL?_____

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

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

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

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato: NO X

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental: SI X

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA: NO X

CUAL?_____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

VER INSTRUCTIVO

CAÍDAS X INTOXICACIONES _____ QUEMADURAS _____ ELECTROCUCIÓN _____ ASFIXIA _____ AHOGAMIENTO _____ TRANSITO _____ OTRO _____ ¿CUAL?_____

EXPOSICION A PLAGUICIDAS: SI NO

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

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA): SI X

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar: NO X

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGÚN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS: NO X

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN		
BCG (Única Dosis)	X	NO
HEPATITIS B (Recién Nacido)	X	NO

2 MESES		
PENTAVALENTE	X	NO
POLIO	X	NO
ROTAVIRUS	X	NO
NEUMOCOCO	X	NO

4 MESES		
PENTAVALENTE	X	NO
POLIO	X	NO
ROTAVIRUS	X	NO
NEUMOCOCO	X	NO

6 MESES		
PENTAVALENTE	X	NO
POLIO	X	NO
INFLUENZA	X	NO

7 MESES		
2da DOSIS DE INFLUENZA	X	NO

12MESES O 1 AÑO		
SRP(Sarampión	X	NO
VARICELA	X	NO
NEUMOCOCO		NO
HEPATITIS A	X	NO

18 MESES		
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) Solo para los menores que hayan cumplido 18 meses antes de	X	NO
PENTAVALENTE aplica a partir del 1 de enero año 2023	X	NO
POLIO(Primer		NO
FIEBRE AMARILLA (Única dosis)		NO
SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)* (Refuerzo)		NO

5 AÑOS		
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo)	X	NO
POLIO	X	NO
VARICELA Refuerzo	X	NO

NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA		
Virus del Papiloma Humano (VPH) (Única Dosis)	X	NO

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES)		
	SI	NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD: SI NO

Educación en PAI: NO X

Canalización en PAI: SI NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	PI-I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I		

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración EVALUADO POR: Damaris Rojas Rojas.

PIC

CONCURRENCIA APS.

Firma de la Persona que recibe la visita: Sandra Navarro

OTRO CUAL:

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR- 053
GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Versión: 07
Ficha de la Atención integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: / Enero / 2025

Señor Ciudadano autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de cancelar

DATOS BASICOS

INSTITUCIÓN: VEREDA O: Cambao. FECHA (DD/MM/AÑO): 08/06/26. TIPO DE USUARIO: C__ S X V__ P__ E__ NO AFILIADO__ MUNICIPIO: Cogua ASEGURADOR: Nueva EPS

Educación en Aseguramiento: SI X NO | Canalización en Aseguramiento: SI NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Naiberlys Shaddai Avellaneda Parra. FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 28/06/2020 EDAD: AÑOS 5 MESES 11 DÍAS 5

MENOR ESCOLARIZADO: SI X NO NO APLICA | GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS 1ro X 2DO SEXTO 4TO 5TO 6TO OTRO | CUAL?

Educación en entorno escolar: SI X NO | Canalización educación: SI NO

SEXO / GÉNERO: MUJER X HOMBRES NI TRANSGENERO NO BINARIO | RC X TI__ MENOR SIN IDENTIFICACIÓN__ | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO__ CUÁL?__ NÚMERO: 1.045.532.852.

Educación en identificación: SI NO | Canalización por identificación: SI NO

PROCEDENCIA: URBANA __ RURAL __ RURAL DISPERSO X CENTRO POBLADO __

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI X | POBLACIÓN VULNERABLE: SI X NO | MENOR CON DISCAPACIDAD: SI X

PALENQUERO, ROM/GITANO, AFRO, RAIZAL, NEGRO, INDÍGENA, OTRO, CUÁL? __

VICTIMA CONFLICTO ARMADO, DESMOVILIZADO, INMIGRANTE, OTRO, CUÁL? __

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nervioso)
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Sandra Navarrete | PARENTESCO: Abuela | DIRECCIÓN: Cambao | TELÉFONO 3197409826

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI X

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI X NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI X NO APLICA

VOMITA TODO: SI X
CONVULSIONES: SI X

INCONSCIENTE: SI NO
LETÁRGICO: SI NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI X NO | Canalización en Signos Generales de Peligro: SI X

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0____ 1____ 2 X 3____ 4 o más ____

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X CEPILLO X ENJUAGUE____ GASA____
SEDA____ CUANTAS VECES 1____ 2____ 3____ 4 o más ____
OTRO, CUAL?____

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO ____

RECUERDE

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

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

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?	SI X
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS	
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	SI X
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES)	SI X
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR	SI X
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO	
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA	SI X

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD	
MENOR DE 2 MESES :	Normal de 20 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES:	Normal de 20 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	Normal de 20 a 30

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI NO X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI NO X

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI NO X

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

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

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACIÓN (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI NO X
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI X NO
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI X NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA YSIN VOMITO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI X NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI X NO

Educación en EDA: SI X NO | Canalización en EDA: SI X NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI X NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI X NO
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI X NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI X NO

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

Educación en FIEBRE: SI X NO | Canalización en FIEBRE: SI X NO

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS SI X NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI X NO

TIENE DEPÓSITOS DE AGUA SI X NO
A. SIN TAPA SI X NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS SI X NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO SI X NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI X NO

DOLOR RETRO-OCULAR, MIALGIAS, ARTRALGIAS, CEFALEA

DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO, SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI X NO | Canalización en DENGUE: SI NO X

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO SI X NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA SI X NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO SI X NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS SI X NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN SI X NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA SI X NO

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

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

Educación en LEISHMANIASIS: SI X NO | Canalización en LEISHMANIASIS: SI X

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI X NO
¿CONOCE AL INSECTO QUE TRANSMITE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (CHINCHE, CHIPO O PITO)? SI X NO
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI X NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI X NO

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI X NO | Canalización en CHAGAS: SI NO X

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI X NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ SI X NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO SI X NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI X NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ SI X NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI X NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y SI X NO

Powered by CamScanner

FIEBRE MAYOR A 7 DIAS [X]

Educación en CÁNCER INFANTIL [X] NO — Canalización en CÁNCER INFANTIL SI [X]

PROBLEMAS DE OIDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO? SI [X]

N° DE EPISODIOS PREVIOS — HACE CUANTOS DÍAS — ¿TIENE SUPURACIÓN DE OIDO? SI NO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? SI [X]

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI [X]

TUMEFACCIÓN/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA SI [X]

Educación en PROBLEMAS DE OIDO [X] NO — Canalización en PROBLEMAS DE OIDO SI [X]

NUTRICIÓN

SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

PALIDEZ PALMAR	SI	[X]
PALIDEZ CONJUNTIVAL	SI	[X]
EDEMA	SI	[X]
CARA DE LUNA LLENA	SI	[X]
DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL TAREA DE PAÑAL	SI	[X]
CABELLO CON SIGNO DE BANDERA	SI	[X]
DELGADEZ EXTREMA	SI	[X]

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

MEDIDA — EN CENTÍMETROS — Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

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

LACTANCIA MATERNA

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

Unicamente para menores de 2 años

EN DIAS — EN DIAS

USO DE CHUPO O BIBERÓN SI NO

¿ HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? SI [X]

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI [X]

OBESIDAD	SI	[X]
SOBREPESO	SI	[X]
RIESGO SOBREPESO	SI	[X]
RIESGO DNT	SI	[X]
DNT	SI	[X]

Educación en Nutrición [X] NO — Canalización por Nutrición SI [X]

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 1

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA SI NO

MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses)	SI	NO
EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre24 y 59 meses)	SI	NO
RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses)	SI	NO

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

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

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) [X] NO — Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) SI [X]

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

¿CONSIDERA USTED, QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES?	[X]	NO
¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJO? COMO?	[X]	NO
JUEGO	[X]	NO
DIALOGO	[X]	NO
ACOMPAÑAMIENTO	[X]	NO

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@PRESENTA SEÑALES FÍSICAS:	SI	NO
CICATRICES		
QUEMADURAS		
FRACTURAS INEXPLICABLES		
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR		
MARCAS DE MORDEDURAS		
HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE		

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

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRRIN) SI [X]

OTRO, CUAL?_____

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

DIALOGO	[X]	NO
ESTABLECEN ACUERDOS	[X]	NO
LOS EVITAN	SI	[X]
GRITAN	SI	[X]
SE GOLPEAN	SI	[X]

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

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato [X] NO — Canalización en Convivencia Social y Salud Mental SI [X]

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA SI [X]

CUAL?_____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAÍDAS [X] INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL?_____ (VER INSTRUCTIVO)

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS	SI	NO
EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA)	SI	NO

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) SI [X]

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar [X] NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGUN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS [X] NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES			7 MESES			12MESES O 1 AÑO		
BCG (Unica Dosis)	[X]	NO	PENTAVALENTE	[X]	NO	PENTAVALENTE	[X]	NO	PENTAVALENTE	[X]	NO	2da DOSIS DE INFLUENZA	[X]	NO	SRP(Sarampión	[X]	NO
HEPATITIS B (Recien Nacido)	[X]	NO	POLIO	[X]	NO	POLIO	[X]	NO	POLIO	[X]	NO				VARICELA	[X]	NO
			ROTAVIRUS	[X]	NO	ROTAVIRUS	[X]	NO	INFLUENZA	[X]	NO				NEUMOCOCO	[X]	NO
			NEUMOCOCO	[X]	NO	NEUMOCOCO	[X]	NO							HEPATITIS A	[X]	NO

18 MESES			5 AÑOS			NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA		
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) Solo para las menores que hayan cumplido 18 meses antes de	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo)	[X]	NO	Virus del Papiloma Humano (VPH) (Única Dosis)	[X]	NO
PENTAVALENTE aplica a partir del 1 de enero año 2023)	[X]	NO	POLIO(Primer	[X]	NO			
POLIO(Primer	[X]	NO	VARICELA Refuerzo	[X]	NO			
FIEBRE AMARILLA (UNICA Dosis)	[X]	NO						
SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)* (Refuerzo)	[X]	NO						

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES)	SI	NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD [X] NO

Educación en PAI [X] NO — Canalización en PAI SI NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA		CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR		EDUCACIÓN AL CUIDADOR	
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I					
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I					
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I					
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I					
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	PI-I					
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I					
Promover el cuidado a cuidadores	I					
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I					
Promover la alimentación saludable	PI-I					
Educar en derechos sexuales	PI-I					
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I					
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I					

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Tiene todo al dia.

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR Damaris Rojas Roa

Firma de la Persona que recibe la visita: Sandra Navarrete

PIC [ ] — CONCURRENCIA APS — OTRO [ ] CUAL: _____

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI - Comunitario

Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-113
Versión: 07
Fecha de aprobación: / Enero / 2025

Este documento es propiedad de la Gobernación de Cundinamarca, no puede ser copiado o enviado a otras personas o entidades sin autorización de la Gobernación de Cundinamarca. Si llega a conocimiento de personas o entidades no autorizadas, se solicita informar a la Gobernación de Cundinamarca.

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: Cambao
VEREDA O:
TIPO DE USUARIO: P__ S__ T__ NO AFILIADO__
FECHA DE NOTIFICACIÓN: 13 06 25
MUNICIPIO ATENDIDO: Nilo
MUNICIPIO ASEGURADOR: Cafamaz
NOMBRES Y APELLIDOS: Valerin Liliana Castañeda Arias
Educación en Emprendimiento: NO
Caracterización en Aseguramiento: SI
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA): 11 01 2021
EDAD: AÑOS 4 MESES 4 DÍAS 16
MENOR ESCOLARIZADO: NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS 1ERO 2DO 3RO 4TO 5TO 6TO OTRO
CUAL?
Educación en primera infancia: NO
Caracterización educativa: SI
SEXO / GÉNERO: F / M / INTERSEXUAL / NO BINARIO
PC: NO
MENOR SIN IDENTIFICACIÓN:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO: CUAL?
NÚMERO: 1168-TI-403
Educación en identificación: NO
Caracterización por identificación: SI
PROCEDENCIA: URBANA / RURAL / RURAL DISPERSO: X / CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI
POBLACIÓN VULNERABLE: SI
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI
AFROCOLOMBIANO / RAIZAL / ROM/GITANO / ARIO / RAIZAL / NEGRO / INDÍGENA / OTRO / CUÁL?
VÍCTIMA CONFLICTO ARMADO / DESMOVILIZADO / INMIGRANTE / OTRO / CUÁL?
VISUAL: (ceguera total (ciega) o con baja visión)
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nervioso)
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y recepción del aprendizaje
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en el desarrollo personal
AUDITIVA: Alteración de estructuras y funciones fonoauditivas
CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI / NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI / NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Sandra Narvaez
PARENTESCO: Abuelita
DIRECCIÓN: Cambao
TELÉFONO: 3197408826

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

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

SALUD BUCAL

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

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

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

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

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

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

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

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

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

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

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI
N° DE DIAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI
BOCA SECA SI
FONTANELA HUNDIDA SI
BEBÉ ÁVIDAMENTE SI
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG SI

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
• EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
• VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
• SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA YSIN VOMITO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI

Educación en EDA: NO
Canalización en EDA: SI

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

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

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

Educación en FIEBRE: NO
Canalizacion en FIEBRE: SI

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS: SI
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES: SI

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI

TIENE DEPÓSITOS DE AGUA: SI
A. SIN TAPA: SI
B. CON PRESENCIA DE LARVAS: SI
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO: SI

DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: NO
Canalización en DENGUE: SI

LEISHMANIASIS

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

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN: SI
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA: SI

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

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

Educación en LEISHMANIASIS: NO
Canalización en LEISHMANIASIS: SI

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI
¿CONOCE AL INSECTO QUE TRASMITE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (CHINCHE, CHIPO O PITO)? SI
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: NO
Canalización en CHAGAS: SI

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA: SI
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@: SI
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO: SI

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

Powered by CamScanner

FIEBRE MAYOR A 7 DIAS

Educación en CÁNCER INFANTIL SI NO

Canalización en CÁNCER INFANTIL SI NO

PROBLEMAS DE OIDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO?

Nº DE EPISODIOS PREVIOS

HACE CUANTOS DIAS

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO?

TIENE SUPURACION DE OIDO SI NO

TUMEFACCIÓN/DOLOR ATRAS DE LA OREJA SI NO

FUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

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

NUTRICIÓN

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

MEDIDA EN CENTÍMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

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

LACTANCIA MATERNA

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

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN SI NO

¿ HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

OBESIDAD	SI	NO
SOBREPESO	SI	NO
RIESGO SOBREPESO	SI	NO
RIESGO DNT	SI	NO
DNT	SI	NO

Educación en Nutrición SI NO

Canalización por Nutrición SI NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

Nº DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA SI NO

MICRONUTRIENTES

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

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

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

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

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

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) SI NO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) SI NO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

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

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS:	SI	NO
CICATRICES		
QUEMADURAS		
FRACTURAS INEXPLICABLES		
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR		
MARCAS DE MORDEDURAS		
HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE		

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

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRRIN) SI NO

OTRO, CUAL?_____

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

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

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

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental SI

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA SI NO CUAL?_____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAÍDAS INTOXICACIONES _____ QUEMADURAS _____ ELECTROCUCIÓN _____ ASFIXIA AHOGAMIENTO VER INSTRUCTIVO TRANSITO _____ OTRO ____ ¿CUAL?_____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) SI NO

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

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar SI NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGÚN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SI NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES			7 MESES		12MESES O 1 AÑO		
BCG (Única Dosis)	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO	2da DOSIS DE INFLUENZA	NO	SRP(sarampión	SI	NO
HEPATITIS B (Recién Nacido)	SI	NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO			VARICELA	SI	NO
			ROTAVIRUS	SI	NO	ROTAVIRUS	SI	NO	INFLUENZA	SI	NO			NEUMOCOCO	SI	NO
			NEUMOCOCO	SI	NO	NEUMOCOCO	SI	NO						HEPATITIS A	SI	NO

18 MESES			5 AÑOS			NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA		
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) Solo para los menores que hayan cumplido 18 meses antes de	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo)	SI	NO	Virus del Papiloma Humano (VPH) (Única Dosis)	SI	NO
PENTAVALENTE aplica a partir del 1 de enero año 2023)	SI	NO	POLIO	SI	NO			
POLIO(Primer	SI	NO	VARICELA Refuerzo	SI	NO			
VARICELA (Única Dosis)	SI	NO						
SRP(sarampión Rubeola, Paperas)* (Refuerzo)	SI	NO						

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis		NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES) SI NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD SI NO

Educación en PAI SI NO

Canalización en PAI SI NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I		

CURSO DE VIDA PI: Primera Infancia I: Infancia

OBSERVACIONES

la nina tiene tolo d dia.

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR Damaris Pastas Rojas

Firma de la Persona que recibe la visita Sandra navarrete

PIC

CONCURRENCIA APS

OTRO

CUAL:

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-053
Versión: 07
Fecha de aprobación: / Enero / 2025

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN VEREDA O: Hospital San José de Guaduas La Tabla
FECHA (DD/MM/AÑO): 31/03/2026
TIPO DE USUARIO: C__ S__ V__ P__ I__ NO AFILIADO__
MUNICIPIO: Chaguani
ASEGURADOR: Salud Total
NOMBRES Y APELLIDOS: Sofia Stephanie Fonseca Caicedo
Canalización en Aseguramiento: SI NO
Educación en Aseguramiento: SI NO
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 11/07/2024
EDAD: AÑOS 1 MESES 10 DÍAS 13
MENOR ESCOLARIZADO: SI NO NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO
CUAL?
Educación en entorno escolar: SI NO
Canalización educación: SI NO
SEXO / GÉNERO: MUJER | HOMBRE | NO BINARIO | NO SABE
AC: X AI: TI: MENOR SIN IDENTIFICACIÓN:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO: CÚAL:
NÚMERO: 1072027093
Educación en Identificación: SI NO
Canalización por Identificación: SI NO
PROCEDENCIA: URBANA RURAL RURAL DISPERSO: X CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI NO
POBLACIÓN VULNERABLE: SI NO
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI NO

PALENQUERO
ROM/GITANO
AFRO
RAIZAL
NEGRO
INDÍGENA
OTRO
CÚAL?

VICTIMA CONFLICTO ARMADO
DESMOVILIZADO
INMIGRANTE
OTRO
CÚAL?

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión).
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nerviosa).
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje.
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psiconeuronales.
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas.

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Ilce Caicedo
PARENTESCO: Madre
DIRECCIÓN: Vereda la tabla
TELÉFONO: 3279787996

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI NO NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI NO NO APLICA
VOMITA TODO: SI NO
CONVULSIONES: SI NO
INCONSCIENTE: SI NO
LETÁRGICO: SI NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI NO
Canalización en Signos Generales de Peligro: SI NO

SALUD BUCAL

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

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

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

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI NO
Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS SI NO
TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES) SI NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI NO
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI NO
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI NO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR SI NO

PARÁMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

MENOR DE 2 MESES:	Normal de 30 x 60
DE 2 MESES A 11 MESES:	Normal de 30 x 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	Normal de 20 x 40
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	Normal de 20 x 30
DE 9 A 11 AÑOS	Normal de 15 x 25

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

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DNT)

TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI NO
Nº DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
HAY SANGRE EN LAS HECES? SI NO
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR SI NO

Educación en EDA: SI NO
Canalización en EDA: SI NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI NO

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

Educación en FIEBRE: SI NO
Canalización en FIEBRE: SI NO

PÁGINA 1 DE 3

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS SI NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI NO

TIENE DEPÓSITOS DE AGUA SI NO
SIN TAPA SI NO
CON PRESENCIA DE LARVAS SI NO
MENOR DUERME BAJO TOLDILLO SI NO

DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI NO
Canalización en DENGUE: SI NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO SI NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA SI NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO SI NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS HAYA TENIDO LEISHMANIASIS SI NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN SI NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA SI NO

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

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

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

CHAGAS

SABE QUE ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO
HABLA AL RIESGO QUE TRATENE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (APLICA 2 AÑOS) SI NO
ASISTIO ESTE MES EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI NO
TIENE ALGUNA PERSONA EN LA CASA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO

Unicamente para menores de 5 años

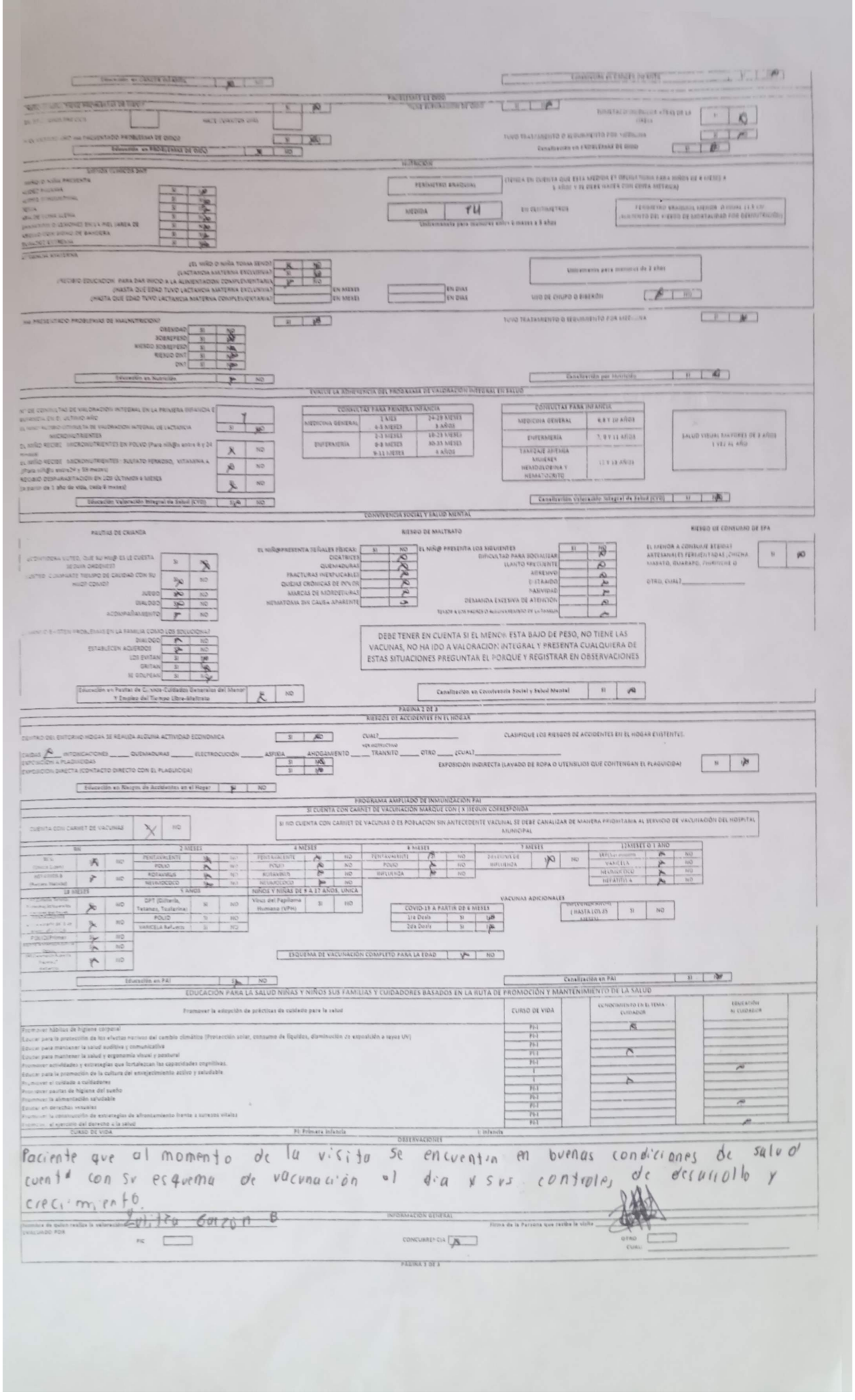
Educación en CHAGAS: SI NO
Canalización en CHAGAS: SI NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI NO
DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ SI NO
DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO SI NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ SI NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y FIEBRE MAYOR A 7 DIAS SI NO

Powered by CamScanner



Paciente que al momento de la visita se encuentra en buenas condiciones de salud cuenta con su esquema de vacunación al día y sus controles de desarrollo y crecimiento.

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitario

Código: M-PDS-019-GPSP-FR-053
Versión: 07
Fecha de aprobación: / Enero / 2019

"Toda vez que tome, solicite o a la información de carácter personal y utilice sus datos personales para fines administrativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. En relación, el titular cuenta con derechos de acceso,

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: Hospital José José Guadual la tabla
VEREDA O
TIPO DE USUARIO C__ S X V__ P__ E__ NO AFILIADO__
FECHA (DD/MM/AÑO) 23/05/26
MUNICIPIO: Chaguaní
ASEGURADOR: Nueva EPS

Educación en Aseguramiento	SI	NO

Canalización en Aseguramiento	SI	NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Hailen Valentina Valbuena Rondón
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 05/12/2019
EDAD: AÑOS 6 MESES 5 DÍAS 23

MENOR ESCOLARIZADO: SI | NO | NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO
CUAL?

Educación en entorno escolar	SI	NO

Canalización educación	SI	

SEXO / GÉNERO: HOMBRE | MUJER | INTERSEXUAL | TRANSGÉNERO | NO BINARIO
RC__ TI X
MENOR SIN IDENTIFICACIÓN____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD
OTRO:____ CÚAL?_____
NÚMERO: 1024602727

Educación en identificación	SI	NO

Canalización por identificación	SI	NO

PROCEDENCIA: URBANA ____ RURAL X RURAL DISPERSO ____ CENTRO POBLADO ____

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI | NO
POBLACIÓN VULNERABLE: SI | NO
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI | NO

PALENQUERO
ROM/GITANO
AFRO
RAIZAL
NEGRO
INDÍGENA
OTRO
CÚAL?

VICTIMA CONFLICTO ARMADO
DESMOVILIZADO
INMIGRANTE
OTRO
CÚAL?

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión).
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nervioso).
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje.
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales.
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas.

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI | NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI | NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Andrea Rondón
PARENTESCO: madre
DIRECCIÓN: la tabla Alto cla
TELÉFONO: 3143146626

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI | NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI | NO | NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI | NO | NO APLICA
VOMITA TODO: SI | NO
CONVULSIONES: SI | NO
INCONSCIENTE: SI | NO
LETÁRGICO: SI | NO

Educación en Signos Generales de Peligro	SI	NO

Canalización en Signos Generales de Peligro	SI	NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1
CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0____ 1 X 2____ 3____ 4 o más____
CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X CEPILLO X ENJUAGUE____ GASA____
SEDA____ CUANTAS VECES 1____ 2 X 3____ 4 o más____
OTRO, CUAL?____

LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI____ NO X

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

Educación en Salud Bucal	SI	NO

Canalización en Salud Bucal	SI	NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI | NO
* DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI | NO
UNDIMIENTO DE COSTILLAS SI | NO
TRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES)
IDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI | NO
° DE RESPIRACIONES POR MINUTO 23
ENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI | NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD	
MENOR DE 2 MESES:	Normal de 30 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES:	Normal de 30 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	Normal de 20 a 30
DE 9 A 11 AÑOS:	Normal de 15 a 25

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI | NO
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI | NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI | NO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI | NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR SI | NO

Educación en IRA-TB-COVID19	SI	NO

Canalización en IRA-TB-COVID19	SI	NO

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI | NO
DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
HAY SANGRE EN LAS HECES? SI | NO
UMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 RAS
TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI | NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI | NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR SI | NO

Educación en EDA	SI	NO

Canalización en EDA	SI	NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI | NO
EBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI | NO
BRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI | NO
EBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI | NO

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

Educación en FIEBRE	SI	NO

Canalización en FIEBRE	SI	NO

DENGUE

VE O VISITÓ ZONA ENDEMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS SI | NO
BE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI | NO

ENE DEPÓSITOS DE AGUA SI | NO
SIN TAPA SI | NO
CON PRESENCIA DE LARVAS SI | NO
MENOR DUERME BAJO TOLDILLO X NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI | NO

DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA

DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE	SI	NO

Canalización en DENGUE	SI	NO

LEISHMANIASIS

TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O COSA EN ÚLTIMO AÑO: SI | NO
LEISHMANIASIS FUE TRATADA: SI | NO
ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO: SI | NO
BE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 ESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS: SI | NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN: SI | NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA: SI | NO

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

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

Educación en LEISHMANIASIS	SI	NO

Canalización en LEISHMANIASIS	SI	NO

CHAGAS

ABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI | NO
NDES AL MISMO QUE PADRES SU ENFERMEDAD ES CHAGAS CONGENITA, DESDE EL PARTO SI | NO
VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES SI | NO
BE DE ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS SI | NO

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS	SI	NO

Canalización en CHAGAS	SI	NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

LOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI | NO
DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ SI | NO
DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO SI | NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI | NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ SI | NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI | NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y FIEBRE MAYOR A 7 DIAS SI | NO

Scanned with CamScanner

Educación en SALUD BUCAL | SI | NO

Canalización en CARIES no AMEU | SI | NO

PROBLEMAS DE OIDO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? | SI | NO

HACE CUANTOS DIAS

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

FORMULACION (DOSIS ATRAS DE LA CREMA) | SI | NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA | SI | NO

NUTRICIÓN

SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA		
ALOPECIA PALMAR	SI	NO
EDEMA BIMALEOLAR	SI	NO
ESTRIAS	SI	NO
PALIDEZ DE LUNA LLENA	SI	NO
DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE CARA EN SIGNO DE BANDERA	SI	NO
APATIA / IRRITABILIDAD	SI	NO
ANOREXIA	SI	NO

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

MEDIDA | EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.4 CM AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN

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

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERON | SI | NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? | SI | NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA | SI | NO

OBESIDAD	SI	NO
SOBREPESO	SI	NO
RIESGO SOBREPESO	SI	NO
RIESGO DNT	SI	NO
DNT	SI	NO

Educación en Nutrición | SI | NO

Canalización por Nutrición | SI | NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACION INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 0

EL NIÑO TIENE CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA MATERNA | SI | NO

MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses)	SI	NO
EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre24 y 59 meses)	SI	NO
RECIBIO DESPARASITACION EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses)		NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA

MEDICINA GENERAL	1 MES	24-29 MESES
	4-5 MESES	2 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES	18-23 MESES
	6-8 MESES	30-35 MESES
	9-11 MESES	4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA

MEDICINA GENERAL	6,8 Y 10 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 11 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

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

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

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

¿CONSIDERA USTED, QUE SU NIÑ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES?	SI	NO
¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU NIÑO? COMO?		
JUEGO	SI	NO
DIALOGO	SI	NO
ACOMPAÑAMIENTO	SI	NO

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

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

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS:	SI	NO
CICATRICES		
QUEMADURAS		
FRACTURAS INEXPLICABLES		
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR		
MARCAS DE MORDEDURAS		
HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE		

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES	SI	NO
DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR		
LLANTO FRECUENTE		
AGRESIVO		
RETRAIDO		
PASIVIDAD		
DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION		
TEMOR A LOS PADRES O ABLANDAMIENTO DE LA FAMILIA		

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUMIDO BEBIDAS ARTESANALES PERMITIDAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRRINCHE O | SI | NO

OTRO, CUAL? _____

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

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

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental | SI | NO

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

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

CUAL? _____ VER INSTRUCTIVO

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAIDAS ___ INTOXICACIONES ___ QUEMADURAS ___ ELECTROCUCIÓN ___ ASFIXIA ___ AHOGAMIENTO ___ TRANSITO ___ OTRO ___ ¿CUAL? _____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS	SI	NO
EXPOSICION DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA)	SI	NO

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

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

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACION MARQUE CON (X) SEGÚN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS | SI | NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN		
BCG (Unica Dosis)		NO
HEPATITIS B (Recién Nacido)		NO

2 MESES		
PENTAVALENTE		NO
POLIO		NO
ROTAVIRUS		NO
NEUMOCOCO		NO

4 MESES		
PENTAVALENTE		NO
POLIO		NO
ROTAVIRUS		NO
NEUMOCOCO		NO

6 MESES		
PENTAVALENTE		NO
POLIO		NO
INFLUENZA		NO

7 MESES		
2da DOSIS DE INFLUENZA		NO

12MESES O 1 AÑO		
SRP(Sarampión		NO
VARICELA		NO
NEUMOCOCO		NO
HEPATITIS A		NO

18 MESES		
[illegible]		NO
[illegible]		NO
POLIO(Primer Refuerzo)		NO
[illegible]		NO
[illegible]		NO

5 AÑOS		
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)		NO
POLIO		NO
VARICELA Refuerzo		NO

NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA		
Virus del Papiloma Humano (VPH)	SI	NO

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ESTACIONAL (HASTA LOS 59 MESES)		
	SI	NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD | SI | NO

Educación en PAI | SI | NO

Canalización en PAI | SI | NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA-CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I	X	
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		X
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I	X	X
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I	X	
Promover la alimentación saludable	PI-I		X
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I		

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor canalizada a control y cremando la mada refiere quien acude al medico en Guaduas por facilidad personal, al dia de vacunas, made refiere que es una niña sana.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR: Gianella G. | PIC | Firma de la Persona que recibe la visita? | CONCURRE? CIA X | OTRO CUAL: Andrea Rendon

Scanned with CamScanner

ESE 11536 Trapiche Viejo

Salud total

Trapiche Viejo

Cupa rapr

Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa: 8/7/23 — Edad: 2 meses 10 días 22

Nombres y apellidos: Jehan Carlos Hernandez Aguilar

Documento de identidad — Número: 1071561971

Procedencia: Urbana ___ Rural ___ Rural disperso X Centro poblado ___

Tipo de población

Grupo étnico: SI ___ NO ___ — Población vulnerable: SI ___ NO ___ — Menor con discapacidad: SI ___ NO ___

Palenquero ___ Raizal ___ Afro ___ Rrom ___ Negro ___ Indígena ___ Otro ___ Cuál? ___

Víctima conflicto armado: Desplazado ___ Infractor ___ Otro ___ Cuál? ___

Visual ___ Motora ___ Cognitiva ___ Mental ___ Auditiva ___ Con una sola limitación: SI ___ NO X — Con deficiencias múltiples: Dos o más limitaciones: SI ___ NO X

Nombre del acompañante: Alba Aguilar — Parentesco: Madre — Dirección: Trapiche Viejo. — Teléfono: 3229346035

Valoración del menor

Evaluar y completar la información marcando con una X o escribiendo, según corresponda

Identificación de signos generales de peligro

Identificación de signos generales de peligro: SI X NO ___

No puede beber o tomar el pecho: SI ___ NO ___ No aplica X — No puede tomar líquido: SI ___ NO ___ No aplica X

Vomita todo: SI X NO ___ — Convulsiones: SI X NO ___

Inconsciente: SI ___ NO X — Letárgico: SI ___ NO X

Educación en Signos Generales de Peligro: SI X NO ___

Canalización en Signos Generales de Peligro: SI X NO ___

Salud bucal

(N° de valoraciones odontológicas en el último año? ___

¿Cuantas veces hace higiene oral al día? 0 ___ 1 X 2 ___ 3 ___ 4 o más ___

¿Con qué hace la higiene oral? Crema ___ Cepillo ___ Enjuague ___ Gasa ___ Seda ___ Cuantas veces? 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 o más ___ Otro, cual? ___

¿Le supervisa el cepillado de dientes? SI ___ NO ___

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

Educación en Salud Bucal: SI X NO ___

Canalización en Salud Bucal: SI ___ NO X

Infección respiratoria : Tuberculosis-COVID 19

	SI	NO
¿Tiene el niño o niña tos?	SI	NO
N° de días que lleva con tos		
¿Tiene el niño o niña dificultad para respirar?	SI	NO
Hundimiento de costillas	SI	NO
Tiraje subcostales intercostales supraesternales		
Ruidos anormales al respirar	SI	NO
N° de respiraciones por minuto		
Tiene respiración rapida	SI	NO

¿El niño/niña ha estado en contacto con personas con TB? (Pérdida de peso en los ultimos tres meses?) SI ___ NO X

¿El niño/niña ha estado en contacto con personas sintomáticas respiratorias y/o covid 19 positivo? SI ___ NO X

¿En el último año ha presentado enfermedad respiratoria? SI ___ NO X

Tuvo tratamiento o seguimiento por medicina SI ___ NO X

Parametros normales de frecuencia respiratoria según edad

Menor de 2 meses	Normal de 20 a 60
De 2 meses a 11 meses	Normal de 20 a 50
De 12 meses a 5 años	Normal de 20 a 40
De 6 años a 8 años	Normal de 20 a 30

Educación en IRA TB-COVID 19: SI X NO ___

Canalización en IRA TB-COVID 19: SI ___ NO X

Enfermedad diarreica aguda (EDA) - Deshidratación (DHT)

	SI	NO
¿Tiene el niño o niña diarrea?	SI	NO
N° de días que el niñ@ tiene diarrea		
¿Hay sangre en las heces?	SI	NO

Numero de deposiciones en las ultimas 24 horas: ___

¿Tiene el niño o niña vomito? SI ___ NO X

¿En el último año ha presentado enfermedad diarreica aguda? SI ___ NO X

Presenta alguno de los siguientes signos de deshidratación:

	SI	NO
Boca seca	SI	NO
Fontanela hundida	SI	NO
Bebe avidamente	SI	NO
Pliegue cutáneo - mayor 2 seg	SI	NO

Redireccionar urgente al servicio de salud en caso de encontrar menores con:
* EDA y riesgo de deshidratación
* Vomito y riesgo de deshidratación
* Signos de deshidratación sin EDA y sin vomito

Tuvo tratamiento o seguimiento por medicina SI ___ NO X

Educación en EDA: SI X NO ___

Canalización en EDA: SI ___ NO X

Fiebre (temperatura mayor a 38°C)

	SI	NO
¿Tiene el niño o niña fiebre?	SI	NO
Fiebre mayor de 38°C en menores de 3 meses	SI	NO
Fiebre mayor de 39°C sin foco aparente en menores entre 3 meses a 2 años	SI	NO
Fiebre de dificil control mayor a 3 dias (Aplica para primera infancia e infancia)	SI	NO

Redireccionar urgente al servicio de salud en caso de encontrar menores con riesgo de fiebre:
* Fiebre mayor de 38°C en menores de 3 meses
* Fiebre mayor de 39°C sin foco aparente en menores entre 3 meses 2 años
* Fiebre de dificil control mayor a 3 dias.

Educación en FIEBRE: SI X NO ___

Canalización en FIEBRE: SI ___ NO X

Dengue

	SI	NO
Vive o visitó zona endémica en los últimos 15 días	SI	NO
Sabe de alguien que haya sufrido de dengue en el ultimo mes	SI	NO

Tiene depositos de agua: A. sin tapa NO ___ B. con presencia de larvas NO ___ El menor duerme bajo toldillo SI X NO ___

Ha presentado alguno de los siguientes signos y/o síntomas: SI ___ NO X

Dolor retro ocular ___ Mialgias ___ Artralgias ___ Cefalea ___

Dolor abdominal intenso o continuo ___ Sangrados (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición) ___

Educación en DENGUE: SI X NO ___

Canalización en DENGUE: SI ___ NO X

Leishmaniasis

	SI	NO
Ha tenido antecedente de leishmaniasis cutánea o mucosa en ultimo año	SI	NO
La leishmaniasis fue tratada	SI	NO
Ha asistido a los seguimientos pos tratamiento	SI	NO
Sabe de alguien de la comunidad que en los últimos 2 meses haya tenido leishmaniasis	SI	NO

Tiene lesiones cutáneas de más de dos semanas se evolución: SI ___ NO X

Las lesiones tienen historia de trauma: SI ___ NO X

Las lesiones cutáneas son: Redondeadas ___ Bordes abultados ___ Centro granulomatoso ___ Lesiones nodulares ___ Lesiones satelitales ___

Tenga en cuenta si encuentra respuestas positivas o leishmania no tratada debe ser referido a consulta medica para diagnostico de manera prioritaria

Educación en LEISHMANIASIS: SI X NO ___

Canalización en LEISHMANIASIS: SI ___ NO X

Chagas

¿Sabe que es la enfermedad de Chagas?
¿Conoce el insecto que transmite la enfermedad de Chagas (chinche, chipo o pito)?
¿Ha visto este insecto en su vivienda o en sus alrededores?
¿Sabe si alguna persona de la familia ha tenido enfermedad de Chagas?

	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO

Valoramos para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI X NO ___

Canalización en CHAGAS: SI ___ NO X

Riesgo para cancer infantil

	SI	NO
Dolor de cabeza reciente que aumenta	SI	NO
El dolor de cabeza despierta al niñ@	SI	NO
N° de días que el niñ@ tiene dolor de cabeza		
El dolor de cabeza se acompaña de otros síntomas como vomito	SI	NO

	SI	NO
Ha tenido dolor de huesos en el ultimo mes	SI	NO
Dolor de huesos interfiere las actividades del niñ@	SI	NO
El dolor de huesos ha ido en aumento	SI	NO
En los ultimos 3 meses ha tenido cambios como fatiga, perdida de apetito o peso?	SI	NO

Powered by CamScanner

PROBLEMAS DE SALUD

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE SALUD?

NUTRICIÓN

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA
PALIDEZ PALMAR
PALIDEZ CONJUNTIVAL
EDEMA
CARA DE LUNA LLENA
DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (ZARPA DE PAÑAL, CIRCULO CON SIGNO DE BANDERA, PELAGRA) EXTREMA

PERIMETRO BRAQUIAL

¿TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA?

MEDIDA | | EN CENTÍMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

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

LACTANCIA MATERNA

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO?
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?
¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA?
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? EN MESES / EN DIAS
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? EN MESES / EN DIAS

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION?

OBESIDAD
SOBREPESO
RIESGO SOBREPESO
RIESGO DNT
DNT

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA

Educación en Nutrición | NO

Canalización por Nutrición | NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

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

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA

MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses)

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses)

RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses)

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 6 MESES	24 29 MESES 3 AÑOS
ENFERMERÍA	2 3 MESES 4 8 MESES 9 11 MESES	18 23 MESES 30 35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6 A 9 10 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 8 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 11 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración integral de Salud (CYD) | NO

Canalización Valoración integral de Salud (CYD)

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

¿CONSIDERA USTED QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES?
¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJ@? COMO?
JUEGO
DIALOGO
ACOMPAÑAMIENTO

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?
DIALOGO
ESTABLECEN ACUERDOS
LOS EVITAN
GRITAN
SE GOLPEAN

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS
CICATRICES
QUEMADURAS
FRACTURAS INEXPLICABLES
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR
MARCAS DE MORDEDURAS
HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES
DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR
LLANTO FRECUENTE
AGRESIVO
DISTRAIDO
PASIVIDAD
DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION
TEMOR A LOS PADRES O ALGUN MIEMBRO DE LA

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

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRRIN)

OTRO, CUAL?

Educación en Pautas de Crianza Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre Maltrato | NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental | NO

PAGINA 1 DE 3

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA | CUAL?

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAIDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL?

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS
EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA)

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA)

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar | NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNÉT DE VACUNACIÓN MARQUE CONTRA SEA EL CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS | NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN	2 MESES	4 MESES	6 MESES	7 MESES	15 MESES O 1 AÑO
BCG (Única Dosis)	PENTAVALENTE	PENTAVALENTE	PENTAVALENTE	2da DOSIS DE INFLUENZA	SRP (Triple viral)
HEPATITIS B (Recién Nacido)	POLIO	POLIO	POLIO		VARICELA
	ROTAVIRUS	ROTAVIRUS	INFLUENZA		NEUMOCOCO
	NEUMOCOCO	NEUMOCOCO			HEPATITIS A

18 MESES	5 AÑOS	NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS: UNICA
DPT (Difteria Tetanos Tosferina) (Segundo Refuerzo)	DPT (Difteria Tetanos Tosferina) (Segundo Refuerzo)	Virus del Papiloma Humano (VPH) (Única Dosis)
POLIO	POLIO	
VARICELA (Refuerzo)	VARICELA (Refuerzo)	

VACUNAS ADICIONALES

COVID 19 A PARTIR DE 6 MESES: 1ra Dosis, 2da Dosis

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES)

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD

Educación en PAI | NO

Canalización en PAI

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas	I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable	I		
Promover el cuidado a cuidadores	PI-I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I		

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor con esquema de vacunacion acorde a la edad, CYD tiene en 2meses, odontologia en 2 meses, no se encuentra en un programa de Primera Infancia

INFORMACIÓN CIUDADANA

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR | PAI | CONCURRENCIA | Firma de la Persona que recibe la visita | OTRO | CUAL

PAGINA 3 DE 3

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

E.S.E. H.S.J.G. Trapiche Viejo.

Fecha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI Comunitario

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN VEREDA: E.S.E. H.S.J.G. Trapiche Viejo.

TIPO DE USUARIO: C / P / I / NO AFILIADO

FECHA (DD/MM/AÑO): 28/05/26

MUNICIPIO ATENCIÓN: Cajamarca

NOMBRES Y APELLIDOS: Cian Felipe Hernandez Genero.

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 1/01/2

EDAD: 4 años 8 m 13 d

ESTADO CIVIL:

MENOR ESCOLARIZADO: SI / NO / NO APLICA

GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO

CUAL?

Educación en entorno escolar: SI / NO

Canalización educación: SI / NO

SEXO / GÉNERO: M / F / INTERSEXUAL / TRANSGÉNERO / NO BINARIO

RC: SI: NO: MENOR SIN IDENTIFICACIÓN:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO: CUAL?

NÚMERO: 1071581868

Educación en identificación: SI / NO

Canalización por identificación: SI / NO

PROCEDENCIA: URBANA / RURAL / RURAL DISPERSO / CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI / NO

POBLACIÓN VULNERABLE: SI / NO

MENOR CON DISCAPACIDAD: SI / NO

PALENQUERO / ROM/GITANO / ARIO / RAIZAL / NEGRO / INDÍGENA / OTRO

CUAL?

VICTIMA CONFLICTO ARMADO / DESMOVILIZADO / INSURGENTE / OTRO

CUAL?

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (extremidades, musculatura y/o esqueleto)
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas (a nivel atención, aprendizaje, pensamiento, memoria)
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI / NO

CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI / NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Blanca Lecilia Castillo PARENTESCO: Abuela DIRECCIÓN: Trapiche viejo TELEFONO: 3227591559

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI / NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI / NO / NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI / NO / NO APLICA

VOMITA TODO: SI / NO
CONVULSIONES: SI / NO

INCONSCIENTE: SI / NO
LETÁRGICO: SI / NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI / NO

Canalización en Signos Generales de Peligro: SI / NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO?

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0 / 1 / 2 / 3 / 4 o más

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL?
CREMA / CEPILLO / ENJUAGUE / GASA
SEDA / CUANTAS VECES 1 / 2 / 3 / 4 o más
OTRO, CUAL?

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI / NO

RECUERDE

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

Educación en Salud Bucal: SI / NO

Canalización en Salud Bucal: SI / NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?: SI / NO
N° DE DIAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES, INTERCOSTALES, SUPRAESTERNALES): SI / NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI / NO
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RAPIDA: SI / NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI / NO
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES? SI / NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI / NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

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

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI / NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI / NO

Educación en IRA TB COVID19: SI / NO

Canalización en IRA TB COVID19: SI / NO

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI / NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI / NO

NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO? SI / NO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI / NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI / NO

Educación en EDA: SI / NO

Canalización en EDA: SI / NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI / NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES: SI / NO
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS: SI / NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia): SI / NO

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

Educación en FIEBRE: SI / NO

Canalización en FIEBRE: SI / NO

PAGINA 1 DE 3

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ULTIMOS 15 DÍAS: SI / NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES: SI / NO

TIENE DEPÓSITOS DE AGUA: SI / NO
A. SIN TAPA
B. CON PRESENCIA DE LARVAS
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO: SI / NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS: SI / NO

DOLOR RETRO OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA

DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI / NO

Canalización en DENGUE: SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO: SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA: SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO: SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS: SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN: SI / NO

LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA: SI / NO

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

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

Educación en LEISHMANIASIS: SI / NO

Canalización en LEISHMANIASIS: SI / NO

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO
¿CONOCE EL INSECTO QUE TRANSMITE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (CHIPO, PITO)? SI / NO
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI / NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI / NO

Canalización en CHAGAS: SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA: SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@: SI / NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTROS SÍNTOMAS COMO VOMITO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES: SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@: SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO: SI / NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y: SI / NO

Powered by CamScanner

Educación en CRECIMIENTO Y DESARROLLO — NO

Canalización en CRECIMIENTO Y DESARROLLO — SI / NO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO? — SI / NO

N° DE EPISODIOS PREVIOS

DESDE CUANTOS DIAS

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

Educación en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

PROBLEMAS DE OIDO

TIENE ANTECEDENTES DE OTITIS — SI / NO

TIENE ANTECEDENTES DE OTRAS DE LA OREJA — SI / NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA — SI / NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

NUTRICIÓN

VALORACIÓN CLÍNICA DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

PALIDEZ PALMAR	SI	
PALIDEZ CONJUNTIVAL	SI	
EDEMA	SI	
CARA DE LUNA LLENA	SI	
DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (ARA DE PAÑAL	SI	
CABELLO CON SIGNO DE BANDERA	SI	
DELGADEZ EXTREMA	SI	

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

MEDIDA — EN CENTÍMETROS

Únicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

LACTANCIA MATERNA

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO?	SI		
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?	SI		
¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	SI		
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?		EN MESES	EN DIAS
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA?		EN MESES	EN DIAS

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN — SI / NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? — SI / NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA — SI / NO

OBESIDAD	SI	
SOBREPESO	SI	
RIESGO SOBREPESO	SI	
RIESGO DNT	SI	
DNT	SI	

Educación en Nutrición — SI / NO

Canalización por Nutrición — SI / NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

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

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA — SI / NO

MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses)	SI	
EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses)	SI	
RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses)	SI	

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA

MEDICINA GENERAL	1 MES	24 29 MESES
	4 5 MESES	3 AÑOS
ENFERMERÍA	2 3 MESES	18 23 MESES
	6 8 MESES	30 35 MESES
	9 11 MESES	4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA

MEDICINA GENERAL	6 8 Y 10 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 8 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 13 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

¿CONSIDERA USTED, QUE SU NIÑ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES?	SI	
¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU NIÑO? COMO?	SI	NO
JUEGO	SI	NO
DIALOGO	SI	NO
ACOMPAÑAMIENTO	SI	NO

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

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

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS	SI	NO
CICATRICES		
QUEMADURAS		
FRACTURAS INEXPLICABLES		
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR		
MARCAS DE MORDEDURAS		
HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE		

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

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

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRUNCHE O PIRRIN) — SI / NO

OTRO, CUAL? _____

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental — SI / NO

PAGINA 2 DE 3

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA — SI / NO — CUAL? _____

CAÍDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ VIA INTRUCTIVO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL? _____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS — SI / NO

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) — SI / NO

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

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar — SI / NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON EL SIGUIENTE CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS — SI / NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES			9 MESES		12 MESES O 1 AÑO					
BCG (Única Dosis)		NO	PENTAVALENTE		NO	PENTAVALENTE		NO	PENTAVALENTE		NO	2da DOSIS DE INFLUENZA		NO	SRP (Sarampión Rubeola y Parotiditis)		NO		
HEPATITIS B (Recien Nacido)		NO	POLIO		NO	POLIO		NO	POLIO		NO				VARICELA		NO		
			ROTAVIRUS		NO	ROTAVIRUS		NO	INFLUENZA		NO				NEUMOCOCO		NO		
			NEUMOCOCO		NO	NEUMOCOCO		NO							HEPATITIS A		NO		
5a MESES			5 AÑOS			NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA													
[illegible]		NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Refuerzo)		NO	Virus del Papiloma Humano (VPH) (Unica Dosis)	SI	NO											
		NO	POLIO	SI	NO														
		NO	VARICELA Refuerzo	SI	NO														
		NO																	
		NO																	

VACUNAS ADICIONALES

COVID 19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES) — NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD — NO

Educación en PAI — SI / NO

Canalización en PAI — SI / NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable	I		
Promover el cuidado a cuidadores	PI-I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I		

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor a cargo de su abuela paterna, se encuentra vinculado a un programa de primera infancia, sus padres son garantes de todo lo que necesita el menor.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR — PIC

Firma de la Persona que recibe la visita: Patricia Castillo

CONCURRENCIA — OTRO — CUAL:

PAGINA 3 DE 3

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

Código: 16-PDS-GSP-GPSP-Fic-053
Versión: 07
Fecha de aprobación: Enero / 2018

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: Hospital San Jose Guasca
VEREDA O: La Tabla
FECHA (DD/MM/AÑO): 20/05/26
TIPO DE USUARIO: C__ S X V__ P__ E__ NO AFILIADO__
MUNICIPIO: Guasca
ASEGURADOR: Famisanar

Educación en Aseguramiento: SI X NO
Canalización en Aseguramiento: SI NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Lineth Mariam Corales Muñoz
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 02/10/2019
EDAD: AÑOS 6 MESES 7 DÍAS 27

MENOR ESCOLARIZADO: SI X NO NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS 1ERO 2DO 3ERO 4TO 5TO 6TO OTRO
CUAL?

Educación en entorno escolar: SI X NO
Canalización educación: SI NO

SEXO / GÉNERO: F (MUJER) M (HOMBRE) INTERSEXUAL (NACIMIENTO) NO APLICA
RC__ TI X
MENOR SIN IDENTIFICACIÓN__
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO__ CÚAL?__ NÚMERO: 1.073179549

Educación en identificación: SI X NO
Canalización por identificación: SI NO

PROCEDENCIA: URBANA__ RURAL X RURAL DISPERSO__ CENTRO POBLADO__

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI NO
POBLACIÓN VULNERABLE: SI NO
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI X NO

PALENQUERO
ROM/GITANO
AFRO
RAIZAL
NEGRO
INDÍGENA
OTRO
CÚAL?

VICTIMA CONFLICTO ARMADO
DESMOVILIZADO
INMIGRANTE
OTRO
CÚAL?

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión).
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (óseoarticular, muscular y/o nerviosa).
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje.
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales.
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas.

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Nohora Arley Muñoz
PARENTESCO: Madre
DIRECCIÓN: Vereda la tabla
TELÉFONO: 3207968473

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI NO NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI NO NO APLICA

VOMITA TODO: SI NO
CONVULSIONES: SI NO

INCONSCIENTE: SI NO
LETÁRGICO: SI NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI NO
Canalización en Signos Generales de Peligro: SI NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0__ 1__ 2 X 3__ 4 o más__
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL?
CREMA X CEPILLO X ENJUAGUE__ GASA__
SEDA__ CUANTAS VECES 1__ 2__ 3__ 4 o más__
OTRO, CUAL?

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI__ NO X

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

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

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI NO
¿N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS SI NO
TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES) SI NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI NO
¿N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO 22
¿TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI NO
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

MENOR DE 2 MESES:	Normal de 30 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES:	Normal de 30 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	Normal de 20 a 30
DE 9 A 11 AÑOS:	Normal de 15 a 25

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR SI NO

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

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI NO
¿N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI NO

¿NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI NO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR SI NO

Educación en EDA: SI NO
Canalización en EDA: SI NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI NO
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera Infancia e Infancia) SI NO

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

Educación en FIEBRE: SI NO
Canalización en FIEBRE: SI NO

PÁGINA 1 DE 3

DENGUE

¿VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS SI NO
¿SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI NO

¿TIENE DEPÓSITOS DE AGUA SI NO
SIN TAPA SI NO
CON PRESENCIA DE LARVAS SI NO
¿MENOR DUERME BAJO TOLDILLO SI NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI NO

DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA

DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI NO
Canalización en DENGUE: SI NO

LEISHMANIASIS

¿A TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO SI NO
¿LEISHMANIASIS FUE TRATADA SI NO
¿A ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO SI NO
¿SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS HAYA TENIDO LEISHMANIASIS SI NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN SI NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA SI NO

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

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

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

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO
¿SABE SI ALGUNA VEZ HA PICADO UN CHINCHE A USTED O A SU HIJO? SI NO
¿HA VISTO ESE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO

Unicamente para menores de 5 años

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

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

¿DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI NO
¿DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ SI NO
¿N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
¿DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO SI NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ SI NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y FIEBRE MAYOR A 7 DIAS SI NO

Scanned with CamScanner

Educación en CANCER INFANTIL | SI | NO

Consolación en CANCER INFANTIL | SI | NO

PROBLEMAS DE OIDO

¿ACTUALMENTE TIENE PROBLEMAS DE OIDO? | SI | NO

TIENE OBSTRUCCION DE OIDO | SI | NO

¿PRESENTA EPISODIOS PREVIOS | HACE CUANTOS DIAS

FUE REMITIDO/A POR OTRAS DE LA UNIDAD | SI | NO

¿EL PEQUEÑO/A NIÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? | SI | NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA | SI | NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

Consolación en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

NUTRICIÓN

SIGNOS CLINICOS DNT

NIÑO O NIÑA PRESENTA

EDEMA PALMAR	SI	NO
EDEMA PERIUNGUAL	SI	NO
ULCERAS	SI	NO
PIEL DE PINTURA LLENA	SI	NO
PRESENTA LESIONES EN LA PIEL PARECIDAS A PELLIZCOS DE BANDERA	SI	NO
CABELLO ESTRELLA	SI	NO

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

MEDIDA | EN CENTIMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM, AUMENTO DEL 9 ESTO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN

LACTANCIA MATERNA

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO?	SI	NO
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?	SI	NO
¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	SI	NO
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?	6	EN MESES
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA?	12	EN MESES

EN DIAS

EN DIAS

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERON | SI | NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? | SI | NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA | SI | NO

OBESIDAD	SI	NO
SOBREPESO	SI	NO
RIESGO SOBREPESO	SI	NO
RIESGO DNT	SI	NO
DNT	SI	NO

Educación en Nutrición | SI | NO

Consolación por Nutrición | SI | NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO	1	
¿TIENE ESQUEMA COMPLETO DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA	SI	NO
MICRONUTRIENTES		
EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses)	SI	NO
EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 6 y 59 meses)	SI	NO
RECIBIO DESPARASITACION EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses)	SI	NO

Educación Valoración Integral de Salud (CVO) | SI | NO

Consolación Valoración Integral de Salud (CVO) | SI | NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA

MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA

MEDICINA GENERAL	6 A Y 10 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	12 Y 13 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

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

¿SI NO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

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

RIESGO DE MALTRATO

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

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

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUMIDO BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRRINCHE O | SI | NO

OTRO, CUAL? _____

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

Educación en Pautas de Crianzas-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato | SI | NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental | SI | NO

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

¿EN EL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA | SI | NO — CUAL? _____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES

CAIDAS ___ INTOXICACIONES ___ QUEMADURAS ___ ELECTROCUCIÓN ___ ASFIXIA ___ AHOGAMIENTO ___ TRANSITO ___ OTRO ___ (CUAL? _____ VEHICULAR

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS | SI | NO

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

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

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

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACION MARQUE CON (X) SEGUN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS | SI | NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES			7 MESES			12 MESES O 1 AÑO		
BCG (Unica Dosis)	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO	2 DOSIS DE INFLUENZA	SI	NO	SRP (1er refuerzo)	SI	NO
HEPATITIS B (Recien Nacido)	SI	NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO				VARICELA	SI	NO
			ROTAVIRUS	SI	NO	ROTAVIRUS	SI	NO	INFLUENZA	SI	NO				NEUMACOCO	SI	NO
			NEUMOCOCO	SI	NO	NEUMOCOCO	SI	NO							HEPATITIS A	SI	NO
18 MESES			5 AÑOS			NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA											
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO	Virus del Papiloma Humano (VPH)	SI	NO									
POLIO (Primer refuerzo)	SI	NO	POLIO	SI	NO												
	SI	NO	VARICELA Refuerzo	SI	NO												

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 25 AÑOS) | SI | NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD | SI | NO

Educación en PAI | SI | NO

Canalización en PAI | SI | NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR		EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-1			
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-1			
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-1	Y		Y
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-1			
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	PI-1	X		X
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I			
Promover el cuidado a cuidadores	I	Y		X
Promover pautas de higiene del sueño	PI-1			
Promover la alimentación saludable	PI-1			
Educar en derechos sexuales	PI-1			
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-1			
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-1			

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Riesgo bajo peso, sin observaciones en el control que realizo EBS, vacunas al dia se canaliza a medico para orden de laboratorios pendientes.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR: Gabriela J

Firma de la Persona que recibe la visita: MADRE MENOR L.

PIC | CONCURRE? CM: Y | OTRO | CUAL

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

Código: M-PDS-GSP-GPSP-TR-003
Versión: 07
Fecha de aprobación: / Enero / 2025

Señor Ciudadano, acceda a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en el cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 de la República de Colombia y demás normas concordantes de la materia.

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: Hospital San Jose Guadalupe Manzano — FECHA (DD/MM/AÑO): 14/03/22 — TIPO DE USUARIO: C__ S X V__ P__ T__ NO AFILIADO__ — MUNICIPIO ASEGURADOR: Chaguaní

VEREDA O: — Educación en Aseguramiento: SI / NO — Canalización en Aseguramiento: SI / NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel Mathias Bautista. — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): __/__/__ — EDAD: AÑOS __ MESES __ DÍAS __

MENOR ESCOLARIZADO: SI / NO / NO APLICA — GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | JPRO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO — CUAL?

Educación en entorno escolar: SI / NO — Canalización educación: SI / NO

SEXO / GÉNERO: MUJER | HOMBRE | INTERSEXUAL / TRANSGENERO | NO BINARIO — F X M__ — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN____ — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO____ CUÁL?____ — NÚMERO 1023048056

Educación en Identificación: SI / NO — Canalización por Identificación: SI / NO

PROCEDENCIA: URBANA ( ) RURAL (X) RURAL DISPERSO ( ) CENTRO POBLADO ( )

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI / NO — POBLACIÓN VULNERABLE: SI / NO — MENOR CON DISCAPACIDAD: SI / NO

PALENQUERO ( ) ROM/GITANO ( ) RAIZAL ( ) NEGRO ( ) INDÍGENA ( ) OTRO ( ) CUAL? ____

VICTIMA CONFLICTO ARMADO ( ) DESMOVILIZADO ( ) INMIGRANTE ( ) OTRO ( ) CUÁL? ____

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión) ( )
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nervioso) ( )
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje ( )
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales ( )
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas ( )

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI / NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI / NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Eliecer Bautista Paco — PARENTESCO: Abuelo — DIRECCIÓN: Finca Isla del Sol — TELÉFONO: 3109306877

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI / NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI / NO / NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI / NO / NO APLICA

VOMITA TODO: SI / NO
CONVULSIONES: SI / NO

INCONSCIENTE: SI / NO
LETÁRGICO: SI / NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI / NO — Canalización en Signos Generales de Peligro: SI / NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0____ 1____ 2 X 3____ 4 o mas ____

¿CON QUE HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA____ CEPILLO____ ENJUAGUE____ GASA____ SEDA ___ CUANTAS VECES 1____ 2____ 3 X 4 o más ____ OTRO, CUAL?____

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO ____

RECUERDE

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

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

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI / NO
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI / NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES) SI / NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO SI / NO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD	
MENOR DE 2 MESES	Normal de 20 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES.	Normal de 20 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS.	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS.	Normal de 20 a 30

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI / NO
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI / NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI / NO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI / NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI / NO

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

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI / NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI / NO

NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS: 1

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI / NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI / NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI / NO

Educación en EDA: SI / NO — Canalización en EDA: SI / NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI / NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI / NO
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI / NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI / NO

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

Educación en FIEBRE: SI / NO — Canalización en FIEBRE: SI / NO

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS: SI / NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES: SI / NO

TIENE DEPÓSITOS DE AGUA
A. SIN TAPA: SI / NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS: SI / NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO: SI / NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI / NO

DOLOR RETRO-OCULAR ( )
MIALGIAS ( )
ARTRALGIAS ( )
CEFALEA ( )

DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO ( )
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición) ( )

Educación en DENGUE: SI / NO — Canalización en DENGUE: SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO: SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA: SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO: SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ULTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS: SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN: SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA: SI / NO

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

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

Educación en LEISHMANIASIS: SI / NO — Canalización en LEISHMANIASIS: SI / NO

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO
¿CONOCE EL MECANISMO TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (BARBEROS)? SI / NO
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI / NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI / NO — Canalización en CHAGAS: SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA: SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@: SI / NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA: 0
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE VOMITO (EN HORAS TEMPRANAS DEL DIA): SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES: SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@: SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO: SI / NO
EN LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y: SI / NO

FIEBRE MAYOR A 7 DIAS: NO

Educación en CANCER INFANTIL: NO

Canalización en CANCER INFANTIL: SI

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO? SI

N° DE EPISODIOS PREVIOS: 6 — HACE CUANTOS DIAS: 0

¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? SI

Educación en PROBLEMAS DE OIDO: NO

PROBLEMAS DE OIDO

TIENE SUPURACION DE OIDO: SI

TUMEFACCION/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA: SI

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO: SI

SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

PALIDEZ PALMAR	SI
PALIDEZ CONJUNTIVAL	SI
EDEMA	SI
CARA DE LUNA LLENA	SI
DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE PAÑAL	SI
CABELLO CON SIGNO DE BANDERA	SI
DELGADEZ EXTREMA	SI

NUTRICIÓN

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

MEDIDA: ____ EN CENTÍMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

LACTANCIA MATERNA

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO?	SI	
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?	SI	
¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	SI	
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?		EN MESES
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA?		EN MESES
		EN DIAS
		EN DIAS

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN: NO

¿ HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? SI

OBESIDAD	NO
SOBREPESO	NO
RIESGO SOBREPESO	NO
RIESGO DNT	NO
DNT	NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI

Educación en Nutrición: NO

Canalización por Nutrición: SI

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 1

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA: SI

MICRONUTRIENTES

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses): SI

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre24 y 59 meses): SI

RECIBIO DESPARASITACIÓN EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses): SI

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

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

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD): NO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD): SI

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

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

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

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

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS:	SI	NO
CICATRICES		
QUEMADURAS		
FRACTURAS INEXPLICABLES		
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR		
MARCAS DE MORDEDURAS		
HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE		

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

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRRIN): SI

OTRO, CUAL? _____

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

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato: NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental: SI

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA: NO

CUAL? _____

CAIDAS 10 INTOXICACIONES _____ QUEMADURAS _____ ELECTROCUCIÓN _____ ASFIXIA _____ AHOGAMIENTO _____ TRANSITO _____ OTRO _____ ¿CUAL? _____

VER INSTRUCTIVO

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS: NO

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA): NO

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA): SI

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar: NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGÚN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS: X — NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES			7 MESES			12MESES O 1 AÑO		
BCG (Unica Dosis)	X	NO	PENTAVALENTE	X	NO	PENTAVALENTE	X	NO	PENTAVALENTE	X	NO	2da DOSIS DE INFLUENZA	2	NO	SRP(Sarampión	X	NO
HEPATITIS B (Recién Nacido)	10	NO	POLIO	10	NO	POLIO	10	NO	POLIO	10	NO				VARICELA	10	NO
			ROTAVIRUS	10	NO	ROTAVIRUS	10	NO	INFLUENZA	10	NO				NEUMOCOCO	X	NO
			NEUMOCOCO	10	NO	NEUMOCOCO	X	NO							HEPATITIS A	X	NO

18 MESES			5 AÑOS			NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA		
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo)	X	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo)	SI	NO	Virus del Papiloma Humano (VPH) (Única Dosis)	SI	NO
POLIO(Primer refuerzo, segunda dosis)	2	NO	POLIO	SI	NO			
SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)* (Refuerzo)	10	NO	VARICELA Refuerzo	SI	NO			

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis	10	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES): X — NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD: X — NO

Educación en PAI: X — NO

Canalización en PAI: SI — NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I	10	
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I	10	
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I	10	
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I	10	
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas	PI-I	10	
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable	I	10	
Promover el cuidado a cuidadores	I	10	
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I	10	
Promover la alimentación saludable	PI-I	10	
Educar en derechos sexuales	PI-I	10	
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I	10	
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I	10	

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR: Anne Mistchenko

PIC: _____

CONCURRENCIA: X

Firma de la Persona que recibe la visita: Eliecer Bautista

OTRO: _____ CUAL: _____

Educación en CANCER INFANTIL | NO

FIEBRE MAYOR A 7 DIAS

Canalización en CANCER INFANTIL | SI | NO

PROBLEMAS DE OIDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO? | SI | NO

TIENE SUPURACIÓN DE OIDO | SI | NO

N° DE EPISODIOS PREVIOS: 0 — HACE CUANTOS DIAS: *

TUMEFACCIÓN/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA | SI | NO

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

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA | SI | NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO | NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

NUTRICIÓN

SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

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

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

MEDIDA: ____ EN CENTÍMETROS

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

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

LACTANCIA MATERNA

	SI	NO
¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO?	SI	NO
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?	SI	NO
¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	SI	NO

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? ____ EN MESES ____ EN DIAS

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? ____ EN MESES ____ EN DIAS

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN | SI | NO

¿ HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? | SI | NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA | SI | NO

	SI	NO
OBESIDAD	SI	NO
SOBREPESO	SI	NO
RIESGO SOBREPESO	SI	NO
RIESGO DNT	SI	NO
DNT	SI	NO

Educación en Nutrición | NO

Canalización por Nutrición | SI | NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 1

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

MICRONUTRIENTES

	SI	NO
EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses)	SI	NO
EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre24 y 59 meses)	SI	NO
RECIBIO DESPARASITACIÓN EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses)	SI	NO

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

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

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

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

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

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

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

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS:	SI	NO
CICATRICES		
QUEMADURAS		
FRACTURAS INEXPLICABLES		
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR		
MARCAS DE MORDEDURAS		
HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE		

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

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRRIN): SI | NO

OTRO, CUAL?_____

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

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

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

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato | NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONÓMICA: SI | NO — CUAL?_____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAIDAS ___ INTOXICACIONES ___ QUEMADURAS ___ ELECTROCUCIÓN ___ ASFIXIA ___ AHOGAMIENTO ___ TRANSITO ___ OTRO ___ ¿CUAL? (VER INSTRUCTIVO)

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS: SI | NO

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

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

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar | NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGUN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS | NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN		
BCG (Unica Dosis)		NO
HEPATITIS B (Recien Nacido)		NO

2 MESES		
PENTAVALENTE		NO
POLIO		NO
ROTAVIRUS		NO
NEUMOCOCO		NO

4 MESES		
PENTAVALENTE		NO
POLIO		NO
ROTAVIRUS		NO
NEUMOCOCO		NO

6 MESES		
PENTAVALENTE		NO
POLIO		NO
INFLUENZA		NO

7 MESES		
2da DOSIS DE INFLUENZA		NO

12MESES O 1 AÑO		
SRP(Sarampión		NO
VARICELA		NO
NEUMOCOCO		NO
HEPATITIS A		NO

18 MESES		
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) Refuerzo, Unicamente para los menores que hayan recibido el tercer pin		NO
POLIO (Primer Refuerzo a partir de 1 de enero año 2021)		NO
POLIO Primer Refuerzo		NO
TRIPLE BACTERIANA TETRICA Refuerzo		NO
SRP(Sarampión Rubeola, Paperas) Refuerzo		NO

5 AÑOS		
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo)		NO
POLIO		NO
VARICELA Refuerzo		NO

NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA		
Virus del Papiloma Humano (VPH) (Unica Dosis)	SI	NO

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis		NO
2da Dosis		NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES): SI | NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD | SI | NO

Educación en PAI | NO

Canalización en PAI | SI | NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I	SI	
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de liquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I	SI	
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I	SI	
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I	SI	
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas	PI-I	SI	
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable	I	SI	
Promover el cuidado a cuidadores	I	SI	
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I	SI	
Promover la alimentación saludable	PI-I	SI	
Educar en derechos sexuales	PI-I	SI	
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I	SI	
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I	SI	

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR: Anne Hitchcock

PIC: ____

INFORMACIÓN GENERAL

CONCURRENCIA: X

Firma de la Persona que recibe la visita: Brayan García

OTRO: ____ CUAL: ____

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GSP-GPSP FR- 053
GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Versión: 07
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: / Enero / 2025

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer.

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: Hospital San Jose Guaduas — FECHA (DD/MM/AÑO) 2/09/19 — MUNICIPIO: Chaguani
VEREDA O Bonetal — TIPO DE USUARIO C__ S__ V__ P__ F__ NO AFILIADO__ — ASEGURADOR Salud total.

Educación en Aseguramiento: SI X NO — Canalización en Aseguramiento: SI NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Ayten Isabel Garcia Pubio — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) __/__/__ — EDAD: AÑOS 0 MESES 9 DÍAS __

MENOR ESCOLARIZADO: SI X NO NO APLICA — GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS 1ERO 2DO 3RO 4TO 5TO 6TO OTRO — CUAL?

Educación en entorno escolar: SI X NO — Canalización educación: SI NO

SEXO / GÉNERO: MUJER X — HOMBRE — INTERSEXUAL — TRANSGENERO — NO BINARIO — RC__ TI X — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN__

DOCUMENTO DE IDENTIDAD — OTRO:__ CÚAL?__ — NÚMERO: 1072026904

Educación en Identificación: SI NO — Canalización por Identificación: SI NO

PROCEDENCIA: URBANA __ RURAL X RURAL DISPERSO __ CENTRO POBLADO __

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI NO — POBLACIÓN VULNERABLE: SI NO — MENOR CON DISCAPACIDAD: SI NO

PALENQUERO / ROM/GITANO / AFRO / RAIZAL / NEGRO / INDÍGENA / OTRO — CÚAL?

VICTIMA CONFLICTO ARMADO / DESMOVILIZADO / INMIGRANTE / OTRO — CÚAL?

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nervioso)
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje.
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales.
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Brayan Esteban Garcia — PARENTESCO: Padre. — DIRECCIÓN: Florencia — TELÉFONO: 3203070476

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI NO NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI NO NO APLICA
VOMITA TODO: SI NO
CONVULSIONES: SI NO
INCONSCIENTE: SI NO
LETÁRGICO: SI NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI NO — Canalización en Signos Generales de Peligro: SI NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0__ 1__ 2 X 3__ 4 o más__
¿CON QUE HACE LA HIGIENE ORAL?
CREMA__ CEPILLO__ ENJUAGUE__ GASA__
SEDA __ CUANTAS VECES 1__ 2__ 3__ 4 o más __
OTRO, CUAL?
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI__ NO__

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

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

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI NO
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES) SI NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI NO
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD	
MENOR DE 2 MESES :	Normal de 20 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES:	Normal de 20 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	Normal de 20 a 30

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI NO
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI NO
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

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

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI NO
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS: 2
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA YSIN VOMITO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Educación en EDA: SI NO — Canalización en EDA: SI NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI NO
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI NO

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

Educación en FIEBRE: SI NO — Canalización en FIEBRE: SI NO

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS SI NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI NO

TIENE DEPÓSITOS DE AGUA SI NO
A. SIN TAPA SI NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS SI NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO SI NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI NO
DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI NO — Canalización en DENGUE: SI NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO SI NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA SI NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO SI NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS SI NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN SI NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA SI NO

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

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

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

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO
¿CONOCE AL INSECTO QUE TRASMITE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (BARBUDO, CHIPO O PITO)? SI NO
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO

Unicamente para menores de 5 años

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

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ SI NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO SI NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ SI NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y SI NO

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

Código: 16-PDS-GSP-GPSP-Fb-055
Versión: 07
Fecha de aprobación: / Enero / 2025

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: Hospital San José Guachetá — VEREDA O: la tabla — TIPO DE USUARIO: C__ S__ V__ P__ E__ NO AFILIADO X — FECHA (DD/MM/AÑO): 28/05/25 — MUNICIPIO: Chaguaní — ASEGURADOR:

Educación en Aseguramiento: SI NO — Canalización en Aseguramiento: SI X NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Milan Camilo Chavez Lopez — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 18/08/2023 — EDAD: AÑOS 2 MESES 9 DÍAS 15

MENOR ESCOLARIZADO: SI NO NO APLICA — GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS 1ERO 2DO 3ERO 4TO 5TO 6TO OTRO — CUAL?

Educación en entorno escolar: SI NO — Canalización educación: SI X NO

SEXO / GÉNERO: MUJER X HOMBRE INTERSEXUAL TRANSGENERO NO APLICA — RC X TI — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN X — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO X CUAL? CUI — NÚMERO: 93502399

Educación en Identificación: SI NO — Canalización por Identificación: SI X NO

PROCEDENCIA: URBANA — RURAL X — RURAL DISPERSO — CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI NO X — POBLACIÓN VULNERABLE: SI X NO — MENOR CON DISCAPACIDAD: SI X NO

PALENQUERO, RON/GITANO, AFRO, RAIZAL, NEGRO, INDÍGENA, OTRO — CUÁL? _____

VICTIMA CONFLICTO ARMADO, DESMOVILIZADO, INMIGRANTE, OTRO X — CUÁL? migrante

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión).
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (de articular, muscular y/o nerviosa).
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje.
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales.
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas.

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI X NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI X NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Yuliana Yadira — PARENTESCO: madre — DIRECCIÓN: la tabla via — TELÉFONO: 3507005812

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO X

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI NO X NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI NO NO APLICA

VOMITA TODO: SI NO X
CONVULSIONES: SI NO X

INCONSCIENTE: SI NO X
LETÁRGICO: SI NO X

Educación en Signos Generales de Peligro: SI X NO — Canalización en Signos Generales de Peligro: SI NO X

SALUD BUCAL

Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 1

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0 __ 1 X 2 __ 3 __ 4 o más __
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X CEPILLO X ENJUAGUE __ GASA __
SEDA __ CUANTAS VECES 1 __ 2 X 3 __ 4 o más __
OTRO, CUAL? _____

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO __

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

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

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI NO X
¿Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI NO X
¿HUNDIMIENTO DE COSTILLAS SI NO X
¿TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES) SI NO X
¿RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI NO X
¿Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO 70
¿TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI NO X

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI NO X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI NO X

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI X

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

EDADES	
MENOR DE 2 MESES:	Normal de 30 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES:	Normal de 30 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 10 AÑOS:	Normal de 70 a 30
DE 11 A 15 AÑOS:	Normal de 15 a 25

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR SI NO

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

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DNT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI NO
¿Nº DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI NO

¿NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI NO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
• EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
• VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
• SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR: SI X NO

Educación en EDA: SI X NO — Canalización en EDA: SI X NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI NO
¿FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI NO
¿FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI NO
¿FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI NO

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

Educación en FIEBRE: SI X NO — Canalización en FIEBRE: SI X NO

PAGINA 1 DE 3

DENGUE

¿VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS SI X NO
¿SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI X NO

¿TIENE DEPÓSITOS DE AGUA SI X NO
SIN TAPA SI X NO
CON PRESENCIA DE LARVAS SI X NO
¿MENOR DUERME BAJO TOLDILLO SI X NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI X NO

DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI X NO — Canalización en DENGUE: SI X NO

LEISHMANIASIS

¿TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO SI X NO
¿LEISHMANIASIS FUE TRATADA SI X NO
¿ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO SI X NO
¿SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS HAYA TENIDO LEISHMANIASIS SI X NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN SI X NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA SI X NO

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

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

Educación en LEISHMANIASIS: SI X NO — Canalización en LEISHMANIASIS: SI X NO

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO X
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI NO X
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO X

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI X NO — Canalización en CHAGAS: SI X NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

¿DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI NO X
¿DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ SI NO X
¿Nº DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
¿DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO SI NO X

¿HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI NO X
¿DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ SI NO X
¿EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI NO X
¿EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y FIEBRE MAYOR A 7 DIAS SI NO X

Scanned with CamScanner

Educación en CANES INFANTIL — NO

Canalización en CANES INFANTIL — SI X NO

PROBLEMAS DE OIDO

¿PRESENTO ALGUN PROBLEMA DE OIDO? — SI X NO

¿TIENE SUPERACION DE OIDO — SI NO

ORIENTACION: DOLOR ATRAS DE LA OREJA — SI X

¿SE EFECTUO PRUEBA? — HACE CUANTOS DIAS

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA — SI NO

¿EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? — SI X NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO — SI NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO — SI X NO

NUTRICIÓN

SIGNOS CLINICOS DNT

	SI	NO
EL NIÑO O NIÑA PRESENTA		
PIDEZ PALMAR	SI	X NO
PIDEZ CONJUNTIVAL	SI	X NO
EMA	SI	X NO
NA DE LINEA LLENA	SI	X NO
ASTOSIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE PAÑAL O DE SIGNO DE BANDERA	SI	X NO
DIDA DE ENTEREZA	SI	X NO

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

MEDIDA: 17 — EN CENTIMETROS — Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

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

LACTANCIA MATERNA

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? — SI X NO

¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA) — SI X NO

¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA — SI X NO

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? — 6 EN MESES — EN DIAS

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? — 6 EN MESES — EN DIAS

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERON — SI X NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? — SI X NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA — SI X NO

	SI	NO
OBESIDAD	SI	X NO
SOBREPESO	SI	X NO
RIESGO SOBREPESO	SI	X NO
RIESGO DNT	SI	X NO
DNT	SI	X NO

Educación en Nutrición — SI X NO

Canalización por Nutrición — SI X NO

EVALUA LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACION INTEGRAL EN SALUD

DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E FANCIA EN EL ULTIMO AÑO — 0

TIENE ACTIVO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA — SI X NO

MICRONUTRIENTES

- NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 a 24 meses) — SI X NO
- NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses) — SI X NO
- RECIBIO DESPARASITACION EN LOS ULTIMOS 6 MESES (Desde 1 año de vida, cada 6 meses) — SI X NO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI X NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES	12-18 MESES 2 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6 A 9 Y 12 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 8 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 18 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) — SI X NO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

	SI	NO
¿CONSIDERA USTED, QUE SU NIÑ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES?	SI	X NO
USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU NIÑ@ COMO?	SI	X NO
JUEGO	X	NO
DIALOGO	X	NO
ACOMPAÑAMIENTO	X	NO

¿USTED O EN ESTE PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

DIALOGO	X	NO
ESTABLECEN ACUERDOS	X	NO
LOS EVITAN	X	NO
GRITAN	SI	X NO
SE GOLPEAN	SI	X NO

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS:	SI	NO
CICATRICES		
QUEMADURAS		
FRACTURAS INEXPLICABLES		
QUEJAS CRONICAS DE DOLOR		
MARCAS DE MORDEDURAS		
HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE		

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

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUMIDO BEBIDAS APTEASANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, FARINACEO O — SI X NO

OTRO, CUAL? _____

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

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y En-ales del Tiempo Libre-Maltrato — X NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental — SI X NO

PAGINA 2 DE 3

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

EXISTE DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA — SI X NO — CUAL? _____

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAIDAS X — INTOXICACIONES ___ — QUEMADURAS ___ — ELECTROCUCIÓN ___ — ASFIXIA ___ — AHOGAMIENTO ___ — TRANSITO ___ — OTRO ___ — CUAL? _____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS — SI X NO

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) — SI X NO

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

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar — SI X NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACION MARQUE CON (X) SEGUN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS	SI	NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN		
BCG	SI	NO
HEPATITIS B	SI	NO

2 MESES		
PENTAVALENTE	SI	NO
POLIO	SI	NO
ROTAVIRUS	SI	NO
NEUMOCOCO	SI	NO

4 MESES		
PENTAVALENTE	SI	NO
POLIO	SI	NO
ROTAVIRUS	SI	NO
NEUMOCOCO	SI	NO

6 MESES		
PENTAVALENTE	SI	NO
POLIO	SI	NO
INFLUENZA	SI	NO

7 MESES		
2da DOSIS DE INFLUENZA	SI	NO

12MESES O 1 AÑO		
SRP(Sarampión Rubeola Paperas)	SI	NO
VARICELA	SI	NO
NEUMOCOCO	SI	NO
HEPATITIS A	SI	NO

18 MESES		
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO

5 AÑOS		
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO
POLIO	SI	NO
VARICELA	SI	NO

NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA		
Virus del Papiloma Humano (VPH)	SI	NO

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 59 AÑOS)		
	SI	NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD — SI X NO

Educación en PAI — SI X NO

Canalización en PAI — SI X NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I	X	X
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I	X	
Promover el cuidado a cuidadores	I		X
Promover hábitos de higiene del sueño	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I	7	X
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Fortalecer la capacidad de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I		

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor sin afiliación - migrante sin documentación para seguir tramite se escala el caso a Gestora y antes de Gobernación, vamos al día en buen estado de salud, sin controles de crecimiento

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: Gobernación J. — Firma de la Persona que recibe la visita: Yuliana Lopez

EVALUADO POR — PIC — CONCURRENCIA — X — OTRO — CUAL

PAGINA 3 DE 3

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL BIENESTAR DE SALUD | Código: M-PDS-GES-SVSP-FR-055
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 07
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitario | Fecha de aprobación: / Enero / 2025

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: Hospital San Jose de Guaduas | FECHA (DD/MM/AÑO) 30 / 05 / 2026 | MUNICIPIO: Chaguani
VEREDA O: La Tabla | TIPO DE USUARIO C__ S__ V__ P__ I__ NO AFILIADO__ | ASEGURADOR: Salud Total

Educación en Aseguramiento: SI NO | Canalización en Aseguramiento: SI NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Alejandra Acosta palacios Caicedo | FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 30/08/2016 | EDAD: AÑOS 9 MESES 9 DÍAS 1

MENOR ESCOLARIZADO: X NO NO APLICA | GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS 1ERO 2DO 3ERO 4TO 5TO 6TO OTRO | CUAL?

Educación en entorno escolar: SI NO | Canalización educación: SI NO

SEXO / GÉNERO: F | RC__ TI__ | MENOR SIN IDENTIFICACIÓN__ | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO:__ CUÁL?__ | NÚMERO: 1072752239

Educación en identificación: SI NO | Canalización por identificación: SI NO

PROCEDENCIA: URBANA | RURAL | RURAL DISPERSO X | CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI NO | POBLACIÓN VULNERABLE: SI NO | MENOR CON DISCAPACIDAD: SI NO

PALENQUERO | ROM/GITANO | ARIO | RAIZAL | NEGRO | INDÍGENA | OTRO | CUÁL?

VICTIMA CONFLICTO ARMADO | DESMOVILIZADO | INMIGRANTE | OTRO

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión).
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nerviosa).
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje.
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas.

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Ilse Caicedo | PARENTESCO: Madre | DIRECCIÓN: Vereda la Tabla | TELÉFONO: 3219787990

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI NO NO APLICA
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI NO NO APLICA
VOMITA TODO: SI NO
CONVULSIONES: SI NO
INCONSCIENTE: SI NO
LETÁRGICO: SI NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI NO | Canalización en Signos Generales de Peligro: SI NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO)? 7
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0__ 1__ 2__ 3 X 4 o más__
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X CEPILLO X ENJUAGUE__ GASA__
SEDA__ CUANTAS VECES 1__ 2__ 3__ 4 o más__
OTRO, CUAL?__
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI__ NO X

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

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

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI NO
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS
TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES) SI NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI NO
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

MENOR DE 2 MESES:	Normal de 30 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES:	Normal de 30 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	Normal de 20 a 30
DE 9 A 11 AÑOS:	Normal de 12 a 25

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI NO
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI NO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR SI NO

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

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA
HAY SANGRE EN LAS HECES? SI NO
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
• EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
• VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
• SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR SI NO

Educación en EDA: SI NO | Canalización en EDA: SI NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI NO
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI NO

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

Educación en FIEBRE: SI NO | Canalización en FIEBRE: SI NO

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDEMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS SI NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES SI NO

TIENE DEPÓSITOS DE AGUA SI NO
. SIN TAPA SI NO
. CON PRESENCIA DE LARVAS SI NO
. MEJOR DUERME BAJO TOLDILLO SI NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI NO

DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI NO | Canalización en DENGUE: SI NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO SI NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA SI NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO SI NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS SI NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN SI NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA SI NO

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

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

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

CHAGAS

SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO
SABE AL RESPECTO QUE MANIFIESTA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS CRONICA, LUEGO DE 5 AÑOS? SI NO
A VISTO ESE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI NO
HAY ALGUNA PERSONA EN LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO

Unicamente para menores de 5 años

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

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA SI NO
DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ SI NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO SI NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES SI NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ SI NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO SI NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y FIEBRE MAYOR A 7 DIAS SI NO

Powered by CamScanner

FACILITADOR DE DIDO

NUTRICIÓN

PERÍMETRO BRAQUIAL

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

MEDIDA

EN CENTÍMETROS

Únicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM INDICA RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN

LACTANCIA MATERNA

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? (LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA)

¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

¿HASTA QUÉ EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA?

EN MESES

EN DIAS

Únicamente para menores de 2 años

USO DE GRUPO O BIBERÓN

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION?

OBESIDAD

SOBREPESO

RIESGO SOBREPESO

RIESGO DNT

DNT

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA

Educación en Nutrición

Canalización por Nutrición

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

Nº DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA

MICRONUTRIENTES

EL AÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses)

EL AÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses)

RECIBIO DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses)

Educación Valoración Integral de Salud (CYD)

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA

MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA

MEDICINA GENERAL	6,8 Y 10 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	12 Y 13 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD)

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

¿CONSIDERA USTED, QUE SU NIÑ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES?

¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU NIÑO COMO?

JUEGO

DIALOGO

ACOMPAÑAMIENTO

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

DIALOGO

ESTABLECEN ACUERDOS

LOS EVITAN

GRITAN

SE GOLPEAN

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA TEÑALES FÍSICAS:

CICATRICES

QUEMADURAS

FRACTURAS INEXPLICABLES

QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR

MARCAS DE MORDEDURAS

HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES

DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR

LLANTO FRECUENTE

AGRESIVO

DISTRAIDO

PASIVIDAD

DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION

TEMOR A LOS PADRES O ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA

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

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS ¿CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRIUICHE O

OTRO, CUAL?

PAGINA 2 DE 3

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

CENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA

CUAL?

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAIDAS ___ INTOXICACIONES ___ QUEMADURAS ___ ELECTROCUCIÓN ___ ASFIXIA ___ AHOGAMIENTO ___ TRANSITO ___ OTRO ___ (CUAL?

VEHICULISTICOS

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA)

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA)

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X) SEGUN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN		2 MESES		4 MESES		6 MESES		7 MESES		12MESES O 1 AÑO	
BCG (Única Dosis)	NO	PENTAVALENTE	NO	PENTAVALENTE	NO	PENTAVALENTE	NO	2da DOSIS DE INFLUENZA	NO	SRP(Sarampión	NO
HEPATITIS B (Recien Nacido)	NO	POLIO	NO	POLIO	NO	POLIO	NO			VARICELA	NO
		ROTAVIRUS	NO	ROTAVIRUS	NO	INFLUENZA	NO			NEUMOCOCO	NO
		NEUMOCOCO	NO	NEUMOCOCO	NO					HEPATITIS A	NO

18 MESES		5 AÑOS		NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA	
	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	NO	Virus del Papiloma Humano (VPH)	NO
	NO	POLIO	NO		
	NO	VARICELA Refuerzo	NO		
	NO				
	NO				

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis	SI	
2da Dosis	SI	

INFLUENZA ESTACIONAL (HASTA LOS 23 MESES)	SI	NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD

Educación en PAI

Canalización en PAI

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I		

CURSO DE VIDA PI: Primera Infancia I: Infancia

OBSERVACIONES

Paciente que al momento de la visita se encuentra en buenas condiciones de salud, cuenta con sus controles al dia y con su esquema de vacunación completo.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: Yulitza Garzon G

Firma de la Persona que recibe la visita

¿VALUADO POR

PIC

CONCURRENCIA

OTRO

CUAL:

PAGINA 3 DE 3

Powered by CamScanner

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

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

1. FECHA: 13 de mayo al 10 de junio 2026

2. TEMÁTICA: AEPI

3. MUNICIPIO: CAPARRAPI

4. LUGAR VEREDA , Potrero

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): AUX OMAIRA TELLEZ

6. Tipo de identificacion: CC **Número:** 1071578142 **Firma** OMAIRA TELLEZ

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
		TIPO 1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)	N°													
	NIKOLAS DAVID MAHECHA OSTOS	3	1071581801	1	1	29-1'0-2020	2	N/A	N/A	N/A	2	ESTUDIANTE	1	VEREDA POTRERO	3227990719	I30302 I10604	
	MIGUEL ANGEL MONTAÑO OSTOS	2	1071581231	1	1	27/05/2015	2	N/A	N/A	N/A	2	ESTUDIANTE	1	VEREDA POTRERO	3227990719	I30302 I10604	
	EVELYN VALERIA LEON CALVO	2	1071581653	1	2	20/09/2018	2	N/A	N/A	N/A	2	ESTUDIANTE	1	VEREDA POTRERO	3232492944	I30302 I10604	
	ASHLY VALERIA ESPITIA FLOREZ	2	1233503937	1	2	24/01/2017	2	N/A	N/A	N/A	2	ESTUDIANTE	1	VEREDA POTRERO	3222666184	I30302 I10604	

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

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

1. FECHA: 25 Mayo 2026 — 2. TEMÁTICA: Brigada de salud

3. MUNICIPIO: Capamapi- Cundinamarca. — 4. LUGAR: Inspección San Carlos.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Yamza Yamoquin

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 1071581000 — Firma: Yamza YL.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Multiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.SI 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Maria Eugenia Vargas	1	20430151	1	2	06-01 1966	2 Nueva EPS.	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	San carlos	NO tiene.	130302	
2	Maria Floralba Murillo Malhecha	1	20429167	1	2	20-09 1970	2 Nueva EPS	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	La pita	321333 1733	130302	
3	Lavencio Ramirez Rodriguez	1	2978409	1	1	22-03 1951	2 Nueva EPS	N/A	N/A	N/A	2	oficios varios	1	San carlos	301829 2092	130302	
4	Maria Angel calderon Mamquin	3	1054[illegible]572 283	1	2	11-06 2018	2 Nueva EPS	N/A	N/A	N/A	2	estudiante	1	San carlos	311264 3230	130302	
5	Ismael Manoquin Cardenas	1	2979089	1	1	23-01 1956	2 salud total	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	San carlos	313 285 8915	130302	
6	Ramon Rodriguez	1	3580412	1	1	01-02 1963	2 salud total	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	San carlos	320421 9652	130302	
7	Monica Paola Martinez	1	1035914 299	1	2	07-05 1991	2 salud total	N/A	N/A	N/A	2	oficios varios	1	Acuapal	317890 6746	130302	
8	Guillermo cortez	1	2979460	1	1	08-10 1954	2 salud total	N/A	N/A	N/A	2	oficios varios	1	La pita	322716 8636	130302	
9	Jineth Alexandra Mamquin Saldaño	1	20430309	1	2	31-01 1995	1 famisanar	N/A	N/A	N/A	2	Aux administrativo	1	San carlos	310466 0522	130302	
10	Cornelio Rodriguez Alduna	1	2978713	1	1	24-01 1954	2 salud total	N/A	N/A	N/A	2	oficios varios	1	San carlos	322205 6949	130302	

Powered by CamScanner

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Remitir las canalizaciones que se generen desde el microterritorio asignado de manera diaria al corresponsal en casos de otro nivel de atención en salud y/o sociales.	04/06/2026	1

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
CAPARRAPI	2:00 P.M	3:00 P.M

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo y apertura del espacio de articulación.
2. Presentación del objetivo de la articulación.
3. Diálogo sobre autorizaciones médicas pendientes.
4. Orientación y gestión para la reclamación de medicamentos.
5. Conclusiones
6. compromiso

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

El día 04 de junio de 2026 se realizó articulación con la promotora de Salud Total, Sandra Milena Delgado, en el marco de las acciones orientadas al fortalecimiento del trabajo intersectorial y al acompañamiento integral de las familias beneficiarias del programa de Atención Primaria en Salud (APS). Esta actividad tuvo como propósito consolidar estrategias de coordinación que permitieran facilitar el acceso oportuno de los usuarios a los diferentes servicios de salud, contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida y al fortalecimiento de los procesos de atención integral.

Durante el encuentro se desarrolló un espacio de diálogo, análisis y coordinación enfocado en la revisión de casos que presentaban dificultades relacionadas con autorizaciones médicas pendientes, remisiones a especialistas y acceso a procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Asimismo, se brindó orientación respecto al proceso de reclamación de medicamentos formulados por las entidades prestadoras de salud, resolviendo inquietudes y aclarando los procedimientos administrativos requeridos para garantizar la continuidad de los tratamientos médicos.

En el desarrollo de la articulación, la auxiliar de enfermería Pilar Rodríguez proporcionó apoyo significativo en la gestión de diversas autorizaciones requeridas para la atención de algunos usuarios priorizados, orientando de manera clara y oportuna sobre las rutas de acceso a consultas especializadas, exámenes diagnósticos, procedimientos médicos y demás servicios contemplados dentro de los planes de atención. Gracias a este acompañamiento fue posible identificar alternativas

que permitieran agilizar algunos trámites y disminuir las barreras administrativas que afectaban el acceso efectivo a los servicios de salud.

De igual manera, se recibió acompañamiento en los procesos relacionados con la entrega y reclamación de medicamentos, permitiendo identificar mecanismos institucionales y canales de comunicación adecuados para dar respuesta a las necesidades de los usuarios que presentaban dificultades en la obtención de sus tratamientos farmacológicos. Estas acciones contribuyeron a fortalecer la adherencia terapéutica y a prevenir posibles complicaciones derivadas de la interrupción de los tratamientos.

Adicionalmente, se intercambiaron orientaciones relacionadas con la importancia del seguimiento permanente a los tratamientos médicos, resaltando la necesidad de verificar el cumplimiento de las indicaciones emitidas por los profesionales de salud, la asistencia a controles programados y la gestión oportuna de los servicios requeridos. También se destacó la relevancia de mantener una comunicación efectiva entre las diferentes instituciones y programas de salud, con el fin de generar respuestas coordinadas y oportunas frente a las necesidades identificadas en la comunidad.

La articulación realizada permitió fortalecer el trabajo en red entre los programas APS y PIC, promoviendo la cooperación entre los diferentes actores del sector salud y favoreciendo la construcción de estrategias conjuntas para la atención de la población. Asimismo, se reafirmó la importancia del apoyo mutuo entre profesionales y equipos de trabajo para garantizar una atención integral, humanizada y centrada en las necesidades de las familias, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de la comunidad.



CONCLUSIONES

La articulación realizada con la auxiliar de enfermería del PIC, Pilar Rodríguez, fue de gran importancia para fortalecer el trabajo conjunto entre APS y PIC, permitiendo una orientación oportuna en la gestión de autorizaciones médicas y reclamación de medicamentos, favoreciendo así el acceso a los servicios de salud y el bienestar de la comunidad atendidas mediante un acompañamiento integral y articulado.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Continuar fortaleciendo el trabajo articulado	Junio	Auxiliar de enfermería
Realizar seguimiento a las autorizaciones y medicamentos pendientes de reclamación.	Junio	Auxiliar de enfermería
Mantener comunicación constante para brindar orientación oportuna a la comunidad que requieran acompañamiento en temas de salud.	Junio	Auxiliar de enfermería

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

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Sandra Milena Delgado	promotora	Salud total	Sandra Delgado
Damari Reyes Reyes	ACR A.P.I	I.S.J.6	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PGS-GSP-GPSP-FR- 055 Versión: 07
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitario	Fecha de aprobación: / Enero / 2025

"Este Gobierno, garantiza a la Ciudadanía el adecuado tratamiento y protección de datos personales para fines específicos relacionados con el cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 'ley de protección de datos' y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. En virtud, el deber asociar sus derechos de acceso

DATOS BASICOS

INSTITUCIÓN: Hospital San José Guachetá — FECHA (DD/MM/AÑO): ___/___/___ — TIPO DE USUARIO: C V P I NO AFILIADO — MUNICIPIO: Guachetá
VEREDA O BARRIO: Puente Boyacá — ASEGURADOR: Alwebreps

Educación en Aseguramiento: SI NO — Consolidación en Aseguramiento: SI NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Ashly Anderli Trujillo Hernandez — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 27-11-19 — EDAD: AÑOS 6 MESES 6 DÍAS

MENOR ESCOLARIZADO: SI NO NO APLICA — GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS SERO 2DO 3RO 4TO 5TO 6TO OTRO — CUAL?

Educación en entorno escolar: SI NO — Consolidación educación: SI NO

SEXO / GENERO: MUJER HOMBRE INTERSEXUAL NO BINARIO — NC — TI — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO — CUÁL? — NÚMERO 1165744061

Educación en identificación: SI NO — Consolidación por identificación: SI NO

PROCEDENCIA: URBANA — RURAL — RURAL DISPERSO — CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI NO — POBLACIÓN VULNERABLE: SI NO — MENOR CON DISCAPACIDAD: SI NO

PALENQUERO — ROM/GITANO — AFRO — RAIZAL — NEGRO — INDÍGENA — OTRO — CUÁL?

VICTIMA CONFLICTO ARMADO — DESMOVILIZADO — INMIGRANTE — OTRO — CUÁL?

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión) — MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular y/o nervioso) — COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración o recuperación del aprendizaje — MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales — AUDITIVA: Alteración de Estructural y Funciones Sensoriales Auditivas

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO — CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Jenny Hernandez — PARENTESCO: Madre. — DIRECCIÓN: Puente Boyacá. — TELEFONO

VALORACIÓN DEL MENOR

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO: SI NO NO APLICA — NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO: SI NO NO APLICA

VOMITA TODO: SI NO — CONVULSIONES: SI NO

INCONSCIENTE: SI NO — LETÁRGICO: SI NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI NO — Consolidación en Signos Generales de Peligro: SI NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 2

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0 1 2 3 4 o más

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA CEPILLO ENJUAGUE GASA SEDA ¿CUANTAS VECES? 1 2 3 4 o más OTRO, CUAL?

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI NO

Educación en Salud Bucal: SI NO

RECUERDE

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

Consolidación en Salud Bucal: SI NO

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS? SI NO
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS: 0
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI NO
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES) SI NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR SI NO
N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO: 29
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD	
MENOR DE 2 MESES :	Normal de 20 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES:	Normal de 20 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS	Normal de 20 a 30

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI NO
¿PERDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI NO

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI NO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Educación en IRA-TB-COVID19: SI NO — Consolidación en IRA-TB-COVID19: SI NO

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA: 0
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI NO

NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS: 2

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO SI NO

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI NO

Educación en EDA: SI NO — Consolidación en EDA: SI NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES SI NO
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS SI NO
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia) SI NO

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

Educación en FIEBRE: SI NO — Consolidación en FIEBRE: SI NO

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS: SI NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES: SI NO

TIENE DEPÓSITOS DE AGUA: SI NO
A. SIN TAPA: SI NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS: SI NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO: SI NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI NO

DOLOR RETRO-OCULAR — MIALGIAS — ARTRALGIAS — CEFALEA

DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO — SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI NO — Consolidación en DENGUE: SI NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO: SI NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA: SI NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO: SI NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS: SI NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCION: SI NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA: SI NO

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

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

Educación en LEISHMANIASIS: SI NO — Consolidación en LEISHMANIASIS: SI NO

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO
¿ALGUNA VEZ LE HAN DICHO QUE TENIA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (CHINCHE, CHIPO O PITO)? SI NO
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? SI NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI NO

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS: SI NO — Consolidación en CHAGAS: SI NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA: SI NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@: SI NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA: 0
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO: SI NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES: SI NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@: SI NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO: SI NO
EN LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y FIEBRE MAYOR A 7 DIAS: SI NO

Scanned with CamScanner

Educación en CÁNCER INFANTIL SI NO

Canalización en CÁNCER INFANTIL SI NO

PROBLEMAS DE OIDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO? SI NO

Nº DE EPISODIOS PREVIOS 0 HACE CUANTOS DIAS 0

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

Educación en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

TIENE SUPURACION DE OIDO SI NO

¿LIMPIA ACCIDENTALMENTE ATRÁS DE LA OREJA SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO SI NO

NUTRICIÓN

SIGNOS CLINICOS ENT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

PALIDEZ PALMAR SI NO

PALIDEZ CONJUNTIVAL SI NO

ICTERIA SI NO

CARA DE LUNA LLENA SI NO

DERMATITIS O LESIONES EN LA REGIÓN DE PAÑAL SI NO

CABELLO CON SIGNO DE BANDERA SI NO

QUEILOSIS LABIAL SI NO

PERIMETRO BRAQUIAL

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

MEDIDA 16 EN CENTIMETROS

Diligenciamiento para menores entre 6 meses a 5 años

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

LACTANCIA MATERNA

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? SI NO

¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? SI NO

¿RECIBIO EDUCACIÓN PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SI NO

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? 5 EN MESES 150 EN DIAS

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? 2 EN MESES 730 EN DIAS

Diligenciamiento para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN SI NO

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? SI NO

DELGADEZ SI NO

SOBREPESO SI NO

RIESGO SOBREPESO SI NO

RIESGO DNT SI NO

DNT SI NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA SI NO

Educación en Nutrición SI NO

Canalización por Nutrición SI NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

Nº DE CONSULTAS DE VALORACIÓN INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO 0

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

MICRONUTRIENTES

¿EL NIÑO RECIBE MACRONUTRIENTES EN POLVO (Para niños entre 6 y 24 meses) SI NO

¿EL NIÑO RECIBE MACRONUTRIENTES - SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niños entre 24 y 59 meses) SI NO

¿RECIBIO DESPARASITACIÓN EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) SI NO

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

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

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) SI NO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) SI NO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

¿CONSIDERA USTED, QUE SU NIÑO ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? SI NO

¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU NIÑO? COMO? SI NO

JUEGO SI NO

DIALOGO SI NO

ACOMPAÑAMIENTO SI NO

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

DIALOGO SI NO

ESTABLECEN ACUERDOS SI NO

LOS EVITAN SI NO

GRITAN SI NO

SE GOLPEAN SI NO

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑO PRESENTA SEÑALES FÍSICAS SI NO

CICATRICES

QUEMADURAS

FRACTURAS INEXPLICABLES

QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR

MARCAS DE MORDEDURAS

HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE

EL NIÑO PRESENTA LOS SIGUIENTES SI NO

DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR

LLANTO FRECUENTE

AGRESIVO

DISTRAIDO

PASIVIDAD

DEMANDA EXCESIVA DE ATENCIÓN

TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRRIN) SI NO

OTRO, CUAL?

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

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato SI NO

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental SI NO

PAGINA 2 DE 3

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA SI NO CUAL?

CAIDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCION ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ VER INSTRUCTIVO TRANSITO ____ OTRO ____ (CUAL)

EXPOSICION A PLAGUICIDAS SI NO

EXPOSICION DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) SI NO

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

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

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar SI NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON [X] SEGÚN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SI NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN		2 MESES		4 MESES		6 MESES		9 MESES		12MESES Ó 1 AÑO	
BCG (Única Dosis)	SI NO	PENTAVALENTE	SI NO	PENTAVALENTE	SI NO	PENTAVALENTE	SI NO	3da DOSIS DE INFLUENZA	SI NO	SRP(Sarampión	SI NO
HEPATITIS B (Recien Nacido)	SI NO	POLIO	SI NO	POLIO	SI NO	POLIO	SI NO			VARICELA	SI NO
		ROTAVIRUS	SI NO	ROTAVIRUS	SI NO	INFLUENZA	SI NO			NEUMOCOCO	SI NO
		NEUMOCOCO	SI NO	NEUMOCOCO	SI NO					HEPATITIS A	SI NO

18 MESES		5 AÑOS		NIÑAS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA	
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo)	SI NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo)	SI NO	Virus del Papiloma Humano (VPH) (Única Dosis)	SI NO
POLIO(Primer Refuerzo)	SI NO	POLIO	SI NO		
	SI NO	MARICELA Refuerzo	SI NO		

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES) SI NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD SI NO

Educación en PAI SI NO

Canalización en PAI SI NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud

	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I		

CURSO DE VIDA PI: Primera Infancia I: Infancia

OBSERVACIONES

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: EVALUADO POR Firsy Ayala

PIC

CONCURRENCIA

Firma de la Persona que recibe la visita

OTRO CUAL

PAGINA 3 DE 3

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria

Código: SA-POS-GSP-GPSP-FR-055
Versión: 07
Fecha de aprobación: Enero / 2015

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: E.S.E. H.S.J.D.C. Potrero
VEREDA O: Potrero
FECHA (DD/MM/AÑO): 05/07/2026
TIPO DE USUARIO: C__ S__ P__ I__ NO AFILIADO __
MUNICIPIO ASEGURADOR: Sasaima
Vinculación en Aseguramiento: SI / NO
NOMBRES Y APELLIDOS: Ashly Valeri Espitia Florez
Caracterización en Aseguramiento: SI / NO
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO): 04/07/2017
EDAD: AÑOS 9 MESES 4 DÍAS 13
MENOR ESCOLARIZADO: SI / NO / NO APLICA
GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO
CUAL?
Educación en entorno escolar: SI / NO
Caracterización educación: SI / NO
SEXO / GÉNERO: MUJER | HOMBRE | INTERSEXUAL | NO INFORMA
RC__ TI✓ MENOR SIN IDENTIFICACIÓN__
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTRO:__ CÚAL?__ NÚMERO: 1233503937
Educación en identificación: SI / NO
Caracterización por identificación: SI / NO
PROCEDENCIA: URBANA | RURAL | RURAL DISPERSO | CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI / NO
POBLACIÓN VULNERABLE: SI / NO
MENOR CON DISCAPACIDAD: SI / NO

PALENQUERO
ROM/GITANO
AFRO
RAIZAL
NEGRO
INDÍGENA
OTRO
CUÁL?

VÍCTIMA CONFLICTO ARMADO
DESMOVILIZADO
INMIGRANTE
OTRO
CUÁL?

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (osteoarticular, muscular o/o nerviosa)
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI / NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI / NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Leonal Espitia Bernal PARENTESCO: papá
DIRECCIÓN: Potrero
TELÉFONO: 3222666184

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA.

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

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

SALUD BUCAL

Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO?
¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 o más ___
¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA___ CEPILLO___ ENJUAGUE___ GASA___
SEDA___ CUANTAS VECES 1___ 2___ 3___ 4 o más___
OTRO, CUAL?
¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI___ NO ✓
Educación en Salud Bucal: SI / NO
Canalización en Salud Bucal: SI / NO

RECUERDE

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

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?: SI / NO
¿Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?: SI / NO
¿HUNDIMIENTO DE COSTILLAS: SI / NO
¿TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES): SI / NO
¿RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI / NO
¿Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO: 28
¿TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI / NO

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

MENOR DE 2 MESES	Normal de 30 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES	Normal de 30 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS	Normal de 20 a 30
DE 9 A 11 AÑOS	Normal de 15 a 25

¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB? SI / NO
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? SI / NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO? SI / NO
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA? SI / NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR SI / NO
Educación en IRA-TB-COVID19: SI / NO
Canalización en IRA-TB-COVID19: SI / NO

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? SI / NO
¿Nº DE DIAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA
¿HAY SANGRE EN LAS HECES? SI / NO
¿NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO: SI / NO
¿EN EL ULTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI / NO

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

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR: SI / NO
Educación en EDA: SI / NO
Canalización en EDA: SI / NO

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE? SI / NO
¿FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES: SI / NO
¿FIEBRE MAYOR DE 38°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS: SI / NO
¿FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (aplica para primera infancia e infancia): SI / NO

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

Educación en FIEBRE: SI / NO
Canalización en FIEBRE: SI / NO

DENGUE

¿VIVE O VISITO ZONA ENDÉMICA EN LOS ULTIMOS 15 DÍAS: SI / NO
¿SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES: SI / NO

¿TIENE DEPOSITOS DE AGUA: SI / NO
A. SIN TAPA: SI / NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS: SI / NO
C. MENOR DUERME BAJO TOLDILLO: SI / NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI / NO

DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE: SI / NO
Canalización en DENGUE: SI / NO

LEISHMANIASIS

¿HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN EL ULTIMO AÑO: SI / NO
¿LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA: SI / NO
¿HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO: SI / NO
¿SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ULTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS: SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN: SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA: SI / NO

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

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

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

CHAGAS

¿SABE QUE ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO
¿HA VISTO ESE INSECTO EN SU VIVIENDA QUE CHUPA SANGRE? SI / NO
¿SABE SI ALGUIEN PERSONA O FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

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

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA: SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑO: SI / NO
Nº DE DÍAS QUE EL NIÑO TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO: SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES: SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑO: SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO: SI / NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y FIEBRE MAYOR A 7 DIAS: SI / NO

Powered by CamScanner

SIGNOS CLÍNICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA
PALIDEZ PALMAR
PALIDEZ CONJUNTIVAL
EDEMA
CARA DE LUNA LLENA
DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE CABELLO CON SIGNO DE BANDERA)
DELGADEZ EXTREMA

PERIMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA METRICA)
MEDIDA ____ EN CENTIMETROS
Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años
PERIMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11.5 CM (RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

LACTANCIA MATERNA

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO?
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?
¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA?
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? ____ EN MESES
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? ____ EN MESES ____ EN DIAS
Unicamente para menores de 2 años
USO DE CHUPO O BIBERÓN

¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION?
OBESIDAD
SOBREPESO
RIESGO SOBREPESO
RIESGO DNT
DNT

¿TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA?

Educación en Nutrición
Canalización por Nutrición

EVALUA LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACION INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO:
¿SE LE HIZO REGISTRO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA MATERNA?
¿EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses)?
¿EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, VITAMINA A (Para niñ@s entre 24 y 59 meses)?
¿RECIBIO DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses)?
Educación Valoración Integral de Salud (CYD)

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

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6-8 Y 10 AÑOS
ENFERMERÍA	9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 11 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Canalización valoración integral de salud (CYD)

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

¿CONSIDERA USTED QUE SU NIÑ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES?
¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU NIÑO? ¿COMO?
JUEGO
DIALOGO
ACOMPAÑAMIENTO

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?
DIALOGO
ESTABLECEN ACUERDOS
LOS EVITAN
GRITAN
SE GOLPEAN

Educación en Pautas de Crianza-Cuidado Generativo del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS:	SI	NO
CICATRICES		
QUEMADURAS		
FRACTURAS INEXPLICABLES		
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR		
MARCAS DE MORDEDURAS		
HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE		

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

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

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUMIDO BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRRINCHE O
OTRO, CUAL? ____

Canalización en Convivencia Social y Salud Mental

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA
CUAL? ____
VER INSTRUCTIVO
¿EXISTE ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL? ____
CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.
¿EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS?
¿EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA)?
EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA)

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNAS MARQUE CON (X) SEGUN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

BCG		NO	2 MESES		NO	4 MESES		NO	6 MESES		NO
HEPATITIS B		NO							PENTAVALENTE		NO
18 MESES			3 AÑOS						POLIO		NO
		NO	DPT (Difteria Tetanos Tosferina)		NO	PENTAVALENTE		NO	INFLUENZA		NO
		NO	POLIO		NO	POLIO		NO			
		NO	VARICELA Primera		NO	INFLUENZA		NO			
		NO				NEUMOCOCO		NO			
		NO				NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA					
		NO				Virus del Papiloma Humano (VPH)	SI	NO			

7 MESES			12MESES O 1 AÑO		
2da DOSIS DE INFLUENZA		NO	SRP (Sarampión Rubeola Parotiditis)		NO
			VARICELA		NO
			NEUMOCOCO		NO
			HEPATITIS A		NO

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis		NO
2da Dosis		NO

INFLUENZA (HASTA LOS 19 AÑOS)

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD

Educación en PAI
Canalización en PAI

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la atención de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas	PI-I		
Educar para la prolongación de la cultura del envejecimiento activo y saludable	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I		

CURSO DE VIDA: PI: Primera Infancia I: Infancia

OBSERVACIONES

Niña que se encuentra en compañía de su papá en buenas condiciones de higiene se verifica y se canaliza para vacunación VPH y CYD. pendientes.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración y EVALUADO POR: Aux Omaira Ester.
Firma de la Persona que recibe la visita: Raquel espitia
PIC
CONCURRE? CUAL
OTRO CUAL:

Powered by CamScanner

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

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

1. FECHA: 09-ABRIL-2026

2. TEMÁTICA: JORNADA DE SALUD

3. MUNICIPIO: GUADUAS

4. LUGAR: INSPECCION DE LA PAZ

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): LUZ FANNY BERMUDEZ BERMUDEZ

6. Tipo de identificacion: **Número: 1072646031** **Firma**

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
		TIPO 1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo)	N°														
1	JOSE ALBERTO BARBOSA	1	79001970	1	1	26/11/1983	2	N/A	N/A	N/A	2	AGRICULTOR	1	VEREDA EL HATO	3103715570	10604	
2	AGIEN PAOLA BARBOSA	1	1072751404	2	2	29/01/1997	2	N/A	N/A	N/A	2	ESTUDIANTE	1	VEREDA EL HATO	3203229237	10604	
3	LUZ ELENA VARGAS	1	39811227	2	2	17-01-10970	2	N/A	N/A	N/A	2	AMA DE CASA	1	VEREDA EL HATO	3180970750	10604	
4		2					2	N/A	N/A	N/A						10604	
5		1					2	N/A	N/A	N/A						10604	
6		1					2	N/A	N/A	N/A						10604	
7		1					2	N/A	N/A	N/A						10604	

8		1					2	N/A	N/A	N/A						10604	
9		1					2	N/A	N/A	N/A						10604	
10		1					2	N/A	N/A	N/A						10604	

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código: M-PDS-GSP-GPSP-PR-001 Versión: 6
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS	Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: 13 de Mayo al 10 de Junio 2. TEMÁTICA: Lista de asistencia

3. MUNICIPIO: Chaguan. 4. LUGAR: Llanadas y La Tabla

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Zulitza Gaizon B

6. Tipo de Identificacion: C.C Número: 1.003.684.657 Firma: Zulitza Gaizon B

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN: TIPO (1.C.C 2.T.I 3.RC 4. CRD (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN: N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4. Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2. Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6. Migrante 7. PPL	DISCAPACIDAD 1. Física 2. Auditiva 3. Visual 4. Sordoceg 5. Intelectual 6. Mental 7. Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2. Habitante Calle 3. LGBTIQ+ 4. Personas en situación de prostitución 5. Usuarios de drogas inyectadas	EMBARAZADA 1. SI 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2. Cabecera Municipal 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	OBSERVACIONES INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Marta Cecilia bojaca.	1	39690 955.	1	2	03/07 1964	2.	N/a	N/a	N/a	2.	Ho gar	1	vereda llanadas	313250 2527		
2	Eulises casallas osorio.	1	2990 659	1	1	30/01 1963	2	N/a	N/a	N/a.	2	agri cultor.	1	Vereda llanadas	313700 8784		
3	Kerdy Cajamarca. forfan	1	2990 733	1	1	12/11 1964	2	N/a	N/a	N/a	2	agri cultor	1	vereda llanadas	314797 5063		
4	luz dary cespedes ayala	1	65775 778	1	2	08/08 1972	2	N/a	N/a	N/a.	2	agri cultor	1	vereda llanadas	313229 8709		
5	Ana cecila arvalo	1	20461 785	1	2	11/03 1940	2	N/a	N/a	N/a.	2	Hogar	1	vereda llanadas	321329 3952		
6	Gerardina osorio casallas	1	20632 666.	1	2	12/04 1941	2	N/a	2	N/a	2	Hogar	1	vereda llanadas	323229 3665.		
7	eufasia casallas tirado.	1	212333	1	1	30/09 1939.	2	N/a	N/a	N/A	2	Hogar.	1	vereda llanadas	NO tiene.		
8	Juan bautista caceres.	1	10155 986.	1	1	26/04 1946	2	N/a	N/a	N/A	2	agri cultor	1	vereda tabla.	321919 8367		
9	Jaime Calderon herrera	1	212606	1	1	23/11 1948.	1	N/a	N/a	N/a	2	agri cultor	1	vereda tabla	311235 7793		
10	Maria Ismenia pinilla	1	35472 453	1	2	12/07 1966	1	N/a	N/a	N/a	2	Hogar.	1	vereda tabla	310301 4998		

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 de mayo al 10 de Junio — 2. TEMÁTICA: Lista de asistencia

3. MUNICIPIO: Chaguaní — 4. LUGAR: Llanaúas y la tabla

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Zulitza Gaizón Bustaza

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 1.003.684-657 — Firma Zulitza Gaizón B.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4, Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4 Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.SI 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Jorge enrique rodriguez Gonzalez	1	3055384	1	1	07/05/1965	2	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor.	1	vereda la tabla	3112567094		
2	Hector Francisco Novoa	1	79781277.	1	1	04/04/1975.	1	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor.	1	vereda tabla	311292 4660		
3	luz mary Caicedo. arevalo.	1	39811179.	1	2	31/10/1970	2	N/A	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda la tabla	314895 8555		
4	Alvaro vazquez	1	79001145	1	1	26/06/1960	2	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor	1	vereda la tabla.	314484 8990.		
5	Ana Sofia bermudez linares	1	35575835	1	2	05/01/1959	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda tabla	313358 2380.		
6	Orlando vasquez	1	7900 7146	1	1	25/04/1962	2	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor	1	vereda tabla.	313245 1600		
7	Ilse caicedo.	1	39813811	1	2	22/05/1984	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda tabla.	321978 7990.		
8	Nayharyth anadra Palacios caicedo	2	1072752239	1	2	30-08-2026.	2	N/a	N/a	N/a	2	estudiante	1	vereda tabla	321978 7990		
9	Bayelinn yanjhanna Palacios caicedo	3	1072027093.	1	2	19/07/2024	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda tabla	321978 7990		
10	Nidia yamile caicedo	1	1072744467	1	2	10/12/1980	2	N/a	7	N/a	2	Hogar	1	vereda tabla	321978 7990		

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 de mayo al 10 de Junio
2. TEMÁTICA: Lista de Asistencia
3. MUNICIPIO: Chaguani
4. LUGAR: llanadas y la tabla
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Yulitza Garzón Buitrago
6. Tipo de identificacion: C.C
Número: 1.003.684.657
Firma Yulitza Garzón B

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.Si 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Guido Vasquez	1	21190 2	1	1	03-07 1934	2	N/A	3	N/A	2	Hogar	1	vereda La tabla	321978 79 90		Guido
2	Farid Melendez Mora	1	52075999	1	2	29-04 1972	2	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	vereda la tabla.	322838 7260		Farid Melendez
3	Olga lucia Melendez	1	20467963	1	2	02-06 1973	2	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	vereda la tabla	314242 3036		Olga Melendez
4	Edgar fernando Melendez Mora	1	2990968	1	1	23-04 1968	1	N/A	N/A	N/A	2	Agricultor	1	vereda la tabla	313402 3800		
5	luis eduardo melendez mora	1	79003 438	1	1	29-04 1992	2	N/A	N/A	N/A	2	Agricultor	1	vereda la tabla	310579 6810		Luis Eduardo M
6	Consuelo Nossa	1	39812982	1	2	17-03 1981	2	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	vereda la tabla	313290 6245		Consuelo Nossa
7																	
8																	
9																	
10																	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 de mayo 10 de Junio 2026 | 2. TEMÁTICA: AIEPI

3. MUNICIPIO: Cajicá | 4. LUGAR: Vereda Suzne.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Diana Mora Rayo

6. Tipo de identificacion: Cc | Número: 20430092 | Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.Si 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Samuel Rueda Mojica.	2	1071581681	1	1	28/02/2019	1	NA	6	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	3203949567.	B03	Olga Gaitán.
2	Evelyn Sofia Lobos Jimenez	3	1073329472	1	2	12/07/2025	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	3144783227.	1303	Evelina
3	Dilan Manuel Monsalve Urete	2	1025559036	1	1	24/01/2016	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	3176929946	1303	Yuri Urete lopez
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: Mayo - Junio 2026 | 2. TEMÁTICA: AIEPI (1303)

3. MUNICIPIO: Capamari | 4. LUGAR: Hogar

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

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 24.651.842 | Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Valeria Eliana Castañeda Farias	2	1116817403	1	2	17-01 2019	2	NA	NA	NA	2	Estudiante	1	Las Cambas		1303	Sandra Liliana
2	Naberlys Shaddai Castañeda Farias	3	1045582852	1	2	28-06 2020	2	NA	NA	NA	2	Estudiante	1	Las Cambas	3197409826	1303	
3	Celeste Bocanegra Quesada	3	1018279072	1	2	04-06 2022	2	NA	NA	NA.	2	Nada	1	Las Cambas		1303	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

Powered by CamScanner

Hospital San José
E.S.E. Guaduas. Cund.

SEGUIMIENTO AL RIESGO FAMILIAR
GEBI
REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA
GEOREFERENCIACION

Gobernación de Cundinamarca

Chaguaní	Anne Shirly Hutscherich G.	3165464479	Cabeza de Hogar
MUNICIPIO	NOMBRE DE LA GEBI	TELEFONO	N° ACTIVIDAD EN EL PAS
Montefino	Anne Shirly Hutscherich G.	Abril	2026.
LUGAR	FIRMA	MES	AÑO

Consecutivo	N° de Ficha Familiar	Nombre del Jefe de Hogar	N° de Peronas en la Familia	Fecha de la Visita	Tipo de Visita		Telefono de quien atiende la visita	Firma
					Con Riesgo	Sin Riesgo		
1	75	Maria Barbara Vergara C.	1.	28-04-26		X	3123263740	Maria Barbara V
2	76	Israel Julian Castiblanco.	1.	28-04-26		X	3118678069	Israel Castiblanco
3	77	Yamith Andres Prieto	1.	28-04-26		X	3118628069	Andres Prieto
4	78	Anstabulo Morales	1.	04-05-26		X	3132444971	
5	79	Luz Yaneth Martinez	1	04-05-26		X	3198582756.	Luz yaneth Martinez
6	80	Yanelina Morales	1.	04-05-26		X	3132444971	Marielina Morales
7	81	Leidy Anubis Morales	3.	04-05-26	X		3138379855.	Leidy Morales
8	82	Samuel Antonio Orrego.	1.	04-05-26.		X	3138379855.	Samuel Orego
9	83	Jorge Hernando Hortua pulido	1	05-05-26		X	3125096012.	
10	84	Miriam Ruiz Mendoza.	1	05-05-26.		X	3125096012.	
11	85	Jorge Eliecer Martinez.	1.	05-05-26.		X	3143929424	No Firma
12	86	Rosa Elena Ramirez Gaitan	1.	06-05-26		X	3214933459	
13	87	Prisciliano Rodriguez	1.	06-05-26		X	3102038603	No Firma
14	88	Alvaro Polido Barrios.	2.	06-05-26		X	3103882616	Alvaro Polido
15	89	Nelson Cortes Polido	1	06-05 26		X	3124544292	Nelson Cortés Polido
16	90	Hernando Heli Machado	1	06-05-26		X	3132908310	Ana Maria Leon
17	91	Aura Maria León Monroy	1	06-05-26.		X	3123421439	Hernando Machado.
18	92	Eliecer Rubio	1	06-05-26		X	3162546638	No Firma
19	93	Luis Guillermo Ortegon.	1.	07-05-26		X	3214933439.	
20	94	Jose Abraham Ramirez G.	1	07-05-26.		X	3133464668.	Abraham R.
21	95	Maria Ines Guzman.	1	07-05-26		X	3133464668.	Maria Ines G.
22	96	Fabio Nelson Machado	1	07-05-26		X	3125735026	Fabio Nelson
23	97	Luis Bernardo Urrego D.	1.	07-05-26.		X	3246593515.	
24	98	Miguel Eduardo Rincon	1	07-05-26.		X	3125874960	MB
25	99	Carlos Hernando Ramirez.	1	07-05-26		X	3123234986	Carlos Ramirez
26	100	Claudia Ramos Medina	1	07-05-26		X	3214414262.	Claudia Ramos
27	101	Gustavo Alonso Monroy	1	07-05-26		X	3123421431	No Firma
28	102	Maritza Diaz Cruz	1	07-05-26		X	3132402801	Maritza Diaz
29								
30								

Powered by CamScanner

Hospital San José
E.S.E. Guaduas, Cund.

SEGUIMIENTO AL RIESGO FAMILIAR
GEBI
REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA
GEOREFERENCIACION

Gobernación de Cundinamarca

Chaguaní	Anne Shirly Hutcherich García	3165464479	
MUNICIPIO	NOMBRE DE LA GEBI	TELEFONO	Nº ACTIVIDAD EN EL PAS
Montefrío	Anne Shirly Hutcherich García	Mayo	2026
LUGAR	FIRMA	MES	AÑO

Consecutivo	Nº de Ficha Familiar	Nombre del Jefe de Hogar	Nº de Peronas en la Familia	Fecha de la Visita	Tipo de Visita		Telefono de quien atiende la visita	Firma
					Con Riesgo	Sin Riesgo		
1	103	Allyson Alvarez	1	27-05-2026		x	3213295924	
2	104	Faminio Pardo Gonzalez	1	27-05-2026		x	3219025592	Flaminio Pardo
3	105	Maria Emilce Pulido	1	27-05-2026		x	3212130522	Maria Emilce.
4	106	Blanca Nelly Monroy León	1	27-05-2026		x	3232455312.	Blanca Monroy
5	107	Eliecer Bautista Pico.	2.	27-05-2026		x	3108206877	Eliecer Bautista
6	108	Brayan Esteban Garcia Ayala	2	27-05-2026		x	3203090476	Brayan Garcia
7	109	Jorge Enrique Pulido pulido	1.	27-05-2026		x	3143115317.	Jorge E. Pulido
8	110	Victor Julio Castiblanco Garcia	1	27-05-2026		x	3118628069	Victor Castiblanco
9	111	Xiomara Dayana Monroy Moheda	1	29-05-2026		x	3134303506	XIOMARA MONROY
10	112	Francy Aleida Prieto Cardenas	1	29-05-2026		x	3134303506.	Francy Aleida P.
11	113	Diana Rocio Gonzalez Cardenas	1	29-05-2026		x	3105614208.	Rocio Gonzalez
12	114	Ana Matilde Castiblanco de Gonzalez	1	29-05-2026		x	3133870101	Matilde Castiblanco.
13	115	Alfonso Israel Gonzalez Martin	1.	29-05-2026		x	3133870101	Alfonso Gonzalez
14	116	Mª Aurelia Tola de Ramirez	1	09-06-2026		x	3213370569	Pablo Ernesto Ramirez
15	117	Fabio Hernesto Ramirez.	1	09-06-2026		x	3213370569	Pablo Ernesto Ramirez.
16	118	Giovanni Ramirez	1	09-06-2026		x	3102528906	
17	119	Norky Yuliana Vergara	1	09-06-2026		x	3212766528	Norky Vergara.
18	120	Nicolas Ayala Puentes.	1	09-06-2026		x	3229698677	Nicolas Ayala.
19	121	Misael Escobar	1	09-06-2026		x	3212766528	
20	122	Maria Hilda Martinez Hernandez	1.	09-06-2026.		x	3202617936	
21	35	Marco Fidel Aldana	1	09-06-2026		x	3232293672	MARCO
22	123.	Hipolito Ramos Calderon	1	09-06-2026		x	3227931394	Flor maria M.
23	79	Luz Yaneth Martinez	1	09-06-2026		x	3198582756	Luz yaneth Martinez
24	67	Joselin Barrera	1	09-06-2026		x	3138151335	Joselin Barrera
25	66	Rubiela Perilla Rubiano	1	09-06-2026		x	3127853012	Rubiela Perilla
26	64	Alfidia Moreno	1.	09-06-2026		x	3204769413.	Alfi Moreno
27								
28								
29								
30								

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: Mayo - Junio 2026 | 2. TEMÁTICA: Caracterizacion Familiar (130302)

3. MUNICIPIO: Caparrapi | 4. LUGAR: Hogar

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

6. Tipo de identificacion: CC | Número: 24.657.842 | Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN: TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN: N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas Inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Jose Antonio gonboa	1	8967478	1	1	04-03 1962	2	7	NA	NA	2	Agricultor	1	Ins Cordoba	—	130302	
2	Carla Medina de villegas	1	20.429.677	1	2	25-08 1945	2	NA	NA	NA	2	Ama de Casa	1	Ins Cordoba	3214866395	130302	
3	Melissa villegas Medina	1	30349.885	1	2	05-03 1969	2	NA	NA	NA	2	Ama de casa	1	Ins Cordoba	3214866395	130302	
4	Luis Alberto Perez Osorio	1	10.169.983	1	1	27-11 1960	2	7	NA	NA	2	Agricultor	1	Ins Cordoba	3148888004	130302	
5	Fredesminda Hernandez lopez	1	21110.902	1	2	30-09 1962	2	NA	NA	NA	2	Ama de Casa	1	Ins Cordoba	3132754154	130302	
6	Luz Marina Guillen de olaya	1	21111.642	1	2	26-03 1959	2	NA	NA	NA	2	Ama de Casa	1	Ins Cordoba	3108830887	130302	
7	Alfonso guillen TOVAR	1	80.320.259	1	1	11-03 1961	2	NA	NA	NA	2	Ganadero	1	Ins Cordoba	3215487920	130302	
8	Fanel Pedraza	1	10.733.21037	1	1	27-09 1987	2	NA	NA	NA	2	Ganadero	1	Ins Cordoba	3124387247	130302	
9	Nestor olaya Ordonez	1	3244.572	1	1	05-02 1952	2	NA	NA	NA	2	Ganadero	1	Ins Cordoba	3124164342	130302	
10	Jose Armando Vergara Urrego	1	10.183.569	1	1	28-10-1951	2	NA	NA	NA	2	Ninguna	1	Ins Cordoba	3229100916	130302	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FR[illegible]L DESARROLLO DE SALUD
G[illegible]N DE LA SALUD PUBLICA

Código: M-FDS-GSP-GPSP-FR-091
Versión: 6

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS

Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: mayo - junio - 2026
2. TEMÁTICA: Caracterizacion familiar (130302)
3. MUNICIPIO: Caparrapi
4. LUGAR: Hogar
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Damaris Reyes Res
6. Tipo de identificacion: CC Número: 24.651.942 Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO (1. Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Multiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas Inyectables)	EMBARAZADA (1.Si 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Maria Hilda Hernandez	1	20.829.762	1	2	22-05 1950	2	NA	NA	NA	2	Ama de Casa	1	Ins Cordoba	3002746006	130302	ilda H
2	Luis Hernan Beltran	1	109 847	1	1	11-01 1954	2	NA	NA	NA	2	Nada	1	Ins cordoba	3021888862	130302	Luis Beltran
3	Nilsa. Garzon Caballos	1	20.774.206	1	2	07-01 1947	2	NA	NA	NA	2	Ama de casa	1	Ins cordoba	—I—	130302	[illegible]
4	Maria del Carmen ortiz ramirez	1	1073320862	1	2	12-01 1987	1	NA	NA	NA	2	Ama de Casa	1	Ins Cordoba.	313554 5235	130302	Maria Ortiz
5	Jose Ivan fetecua Palacios	1	1073325 630	1	1	26-04 1994	2	NA	NA	NA	2	Agricultor	1	Ins cordoba	3134506288	B0302	Jose Ivan fetecua
6	Nicolle fetecua. Linares	1	79.001.746	1	1	13-07 1964	1	NA	NA	NA	2	Ganadera	1	Ins Cordoba.	3134506288	130302	[illegible]
7	Jorge Alirio Chavez Acuña	1	3.133.094	1	1	26-09 1958	1	NA	NA	NA	2	Agricultor	1	Ins Cambras	—I—	130302	Jorge Alirio
8	Javier navarrete leon	1	3.133.455	1	1	03-06 1983	1	NA	NA	NA	2	Agricultor	1	Ins cambras	—I—	130302	[illegible]
9	Patricia Marchan	1	20 428502	1	2	26-12 1966	1	NA	NA	NA	2	Ama de Casa	1	Ins cambra	3103786503	130302	Patricia Marchan
10	Maria Eugenia Villegas Garcia	1	1003616948	1	2	10-12 1998	1	NA	NA	NA	1	Ama de casa	1	Ins Cambra	3209162661	130302	Maria Villegas

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 2026 — 2. TEMÁTICA: Caracterizacion Familiar (130302)

3. MUNICIPIO: Caparrapi — 4. LUGAR: Hogar.

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

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 24.651.842 — Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.Si 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Valem. Elianis Castaneda Fanas	2	1176817403	1	2	17-01 2019	2				2	Estudiante	1	Ins Cambras	3197409826	130302	Sandra Liliana
2	Naiberlys shaddai Castaneda Fanas	3	1045532852	1	2	28-06 2020	2				2	Estudiante	1	Ins Cambras	3197409826	130302	
3	Celeste Bocanegra Quesada	3	1018279072	1	2	02-06 2022	2				2	Nada	1	Ins Cambras		130302	
4	Sandra liliana Navarrete leon	1	30.386.134	1	2	03-10 1972.	2				2	Ama de casa	1	Ins Cambras		130302	
5	Nirfa guann Tique	1	30349.719	1	2	12-11 1970	1				2	Ama de casa	1	Ins Cambras	3106795697	130302	Nirfa Guann T
6	Leonias Diaz	1	10.171.934	1	1	29-12 1965	1				2	ganadera	1	Ins Cambras	3106795697	130302	
7	Alvaro. guann	1	282661	1	1	25-10 1937	2				2	Nada	1	Ins Cambras	—	130302	Alvaro guann
8	Gregoria Tiques. Bríñez	1	24.708.423	1	2	17-05 1951	2				2	Ama de casa	1	Ins Cambras	—	130302.	gregoria tique
9	Angie Shasbleidy Avila mantilla	1	1073328147	1	2	24-10 1998	2				1	Ama de casa	1	Ins Cambra	3140918863	130302	
10																	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 de mayo al 10 de Junio 2026 2. TEMÁTICA: Caracterización

3. MUNICIPIO: Caparapí 4. LUGAR: Vereda Suzne.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Diana Maria Rojo Real

6. Tipo de identificacion: CC Número: 20413009?2 Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO 1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (ver instructivo)	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Mana Aceneth Lopez Espitia	1	80429443	1	2	29/04 1969	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	311472 7737	130302 110604	
2	Yon Uriel Lopez	1	1033766794	1	2	18/07. 1994	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	317692 9946	130302 110604	
3	Angela Milena Escobar	1	1018473206	1	2	11/08 1994	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	322795 6845	130302 110604	
4	Rubiel Marin Camacho.	1	1071580049	1	1	26/04 1992	1	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	322795 6845	130302 110604	
5	Jesus Adnun Lopez Martin	1	11448109	1	1	24/01 1983	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	312466 8147	130302 110604	
6	Maria Alis Camacho Vega	1	20429744	1	2	20/04 1969	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	NO Tiene	130302 110604	
7	Luz Marina Riveros Sanchez	1	1071578479	1	2	30/12 1979	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	322768 9075	130302 110604	
8	Hector ALFONSO Rubiano Riveros	1	1071578982	1	1	11/09 2006	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	322768 9075	130302 110604	
9	Isabel Paez	1	20427630	1	2	04/02 1961	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	NO Tiene.	130302 110604	
10	Leiver Lopez Lopez	1	80322624	1	1	03/06 1976	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	321885 2887	130302 110604	

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 mayo al 10 de Junio 2026 — 2. TEMÁTICA: Caracterización

3. MUNICIPIO: Caparrapi — 4. LUGAR: Vereda Suene.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Diana Maria Rayo.

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 20413092 — Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Uvaldo olaya olaya	1	80321127	1	1	19/03/1966	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suene	312532 6992	130302 110604	
2	Shanik Dayana olaya urueña	2	1071580342	1	2	22/08/2011	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	vda Suene	320327 7232	130302 110604	
3	Luz Marina Ramos Sanchez	1	20427984	1	2	08/11/1961	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	vda Suene	321338 1477	130302 110604	
4	Carlos Emiro Delgado Rueda	1	80320735	1	1	25/11/1963	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	vda Suene	320747 5268	130302 110604	
5	Alcira ortiz castañeda	1	20426842	1	2	31/12/1948	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suene	3116366026.	130302 110604	
6	Dimer Aibey carranza Rueda	1	1003616368	1	1	20/03/2002	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	vda Suene	323233 1655	130302 110604	
7	Olga Raquel Rueda Garzón	1	20429798	1	2	27/12/1978	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	vda Suene.	320209 8243	130302 110604	
8	Michell Andrea Ovalle.	1	1003617127	1	2	05/12/2000	1	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suene	311445 5225.	130302 110604	
9	Jairo Alberto Rueda Rueda	1	80324039	1	1	05/11/1981	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suene	320209 8243	130302 110604	
10	Humberto Rueda Hernandez	1	80322138	1	1	18/05/1977	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suene	322462 0925	130302 110604	

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

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

1. FECHA: 13 de mayo al 10 de Junio 2026 — 2. TEMÁTICA: Caracterizacion

3. MUNICIPIO: Caparapi — 4. LUGAR: Vereda Suzne

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Diana Maria Ruyo Real

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 20430042 — Firma: [signature]

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (v ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5 Intelectual 6. Mental 7 Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.Si 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Daniel Sebastian Lobos Morales	1	1073328599	1	1	16/08/1999	2	NA	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	3114728327	130302110604	Daniel Lobos
2	Yuvana Carolina Jimenez	4	5229634	1	2	10/12/2007	2	6	NA	NA	2	Hogar	1	Vda Suzne	3114728327	130302110604	Carolina
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

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

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

1. FECHA: 13 mayo al 10 de junio 2026 — 2. TEMÁTICA: 11 a 18 años.

3. MUNICIPIO: Caparrapi — 4. LUGAR: Vereda Suene.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Duno Mona Rojo Real

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 20130092. — Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / AAo	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4 Sordera 5 Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
		TIPO 1. CC 2. TI 3. RC 4 OTRO (ver instructivo)	N°														
1	Valery SOFIA Mona Escobar	2	1091580984	1	2	08/05 2014	2	NA	NA	NA	2	Estudiante	1	Vda Suene	322795 6845	1103	AIXEIA ESCOBAR
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

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

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

1. FECHA: mayo corte 5 — 2. TEMÁTICA: Educación familiar.

3. MUNICIPIO: Chaguani — 4. LUGAR: Vereda la tabla

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Gabriela Jimenez.

6. Tipo de Identificación: CC — Número: 1072757076 — Firma: Gabriela J

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN: TIPO (1.CC 2.TI 3.RC 4.CERO (Ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN: N°	ENTORNO (1.Hogar 2.Comunitario 3.Laboral 4.Educativo 5.Institucional)	SEXO (1.Masculino 2.Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO (Día / Mes / Año)	AFILIACION SALUD (1.Contributivo 2.Subsidiado 3.Excepción 4.Especial 5.No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1.Indígena 2.Afro 3.Palenquero 4.Raizal 5.ROM 6.Migrante 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1.Física 2.Auditiva 3.Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6.Mental 7.Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1.PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.SI 2.No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1.Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3.Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Abraham Castellanos	1	91001 535	1	1	23-04 1964	1	N/a	N/a	N/a	2	Agricultor	1	vereda la tabla	318735 4080	171403	
2	Esperanza Martinez	1	35402 577	1	2	27-10 1958	1	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	finca la esperanza	317384 2344	171403	
3	Andrea Rendon C	1	1033 764 716	1	2	8-01 1994	2	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	Vereda la tabla	314711 6626	171403	Andrea Rendon
4	Helen Valbuena R	2	1024 602 127	1	2	05-12 2017	2	N/A	N/A	N/A	2	Estudiante	1	vereda la tabla	314 711 6626	171403	Andrea Rendon
5	Brandon Rodari	2	702928 7594.	1	1	04-0 2011	2	N/A	N/A	N/A	2	estudiante.	1	vereda la tabla.	314711 6626	171203.	Andrea Rendon
6	Yuliamy Yadira	4	5829 907	1	2	04-09 2007	5	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	vereda la Tabla	350700 5812	171403	Yuliamy Ramos
7	Milan Camila Chinchilla	4	935023 99	1	1	13-08 2023	5	6	N/A	N/A	2	Hogar	1	vereda la tabla	350700 5812.	171403	Yuliamy Ramos
8	Dario Guerrero	1	79002622	1	1	29/11 1968	2	N/A	N/A	N/A	2	Agricultor	1	Vereda la tabla	321841 8178.	171403	Dario Guerrero
9	Clementina Ramos	1	20460 931	1	2	17-04 1934	1	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	Vereda La Tabla	321841 8178	171403	No firma
10	Martha Isabel L	1	20633 206	1	2	11-11 1963	2	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	vereda la Tabla	322 851 2633	171403	Martha Linares.

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: Mayo Corte 5. 2. TEMÁTICA: Educación familiar.

3. MUNICIPIO: Chaguaní 4. LUGAR: Vereda la tabla

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Gabriela Jiménez

6. Tipo de Identificación: CC Número: 1072757076 Firma: Gabriela J

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO (1.CC 2.TI 3.RC 4. CERO hasta 1 año)	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4. Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2. Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6. Migrante 7. PPCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2. Auditiva 3. Visual 4. Sordera 5. Intelectual 6. Mental 7. Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2. Habitante Calle 3. LGBTIQ+ 4. Persona en situación de prostitución 5. Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1. SI 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2. Cabecera Municipal 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Maria Belen Linares	1	20630883	1	2	07-03 1941	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda la tabla	322 851 2633	171403	
2	Julio Enrique Otero	1	91110446	1	1	05-04 1980	2	N/a	N/a	N/a	2	Oficios varios	1	vereda la tabla	310 855 1634	171403	
3	Gustavo Otero	1	5.762.792	1	1	11-07 1938	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda la tabla	310 855 1634	171403	
4	Manuel Salvador R	1	4.550 894	1	1	27-08 1956	2	N/a	N/a	N/a	2	Oficios varios	1	vereda la tabla	316 247 6018	171403	
5	Rosmira Otero	1	28411323	1	2	20-08 1972	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda la tabla	313 895 4072	171403	
6	Maria Carlota B	1	20472594	1	2	25-08 1963	1	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda la tabla	320 25 63234	171403	
7	Geraldo Antonio B	1	32734 32	1	1	07-02 1955	1	N/a	N/a	N/a	2	Oficios varios	1	vereda la tabla	320525 3234	171403	
8	Ana Shirley Lemus	1	49720337	1	2	25-01 1979	2	N/a	N/a	N/a	2	Hogar	1	vereda la tabla	320 204 2221	171403	
9	Javier Caseres Valero	1	80403376	1	1	15-02 1976	1	N/a	N/a	N/a	2	Oficios varios	1	vereda la tabla	302 294 8383	171403	
10	Nohora Riley Muñoz	1	53094989	1	2	09-10 1985	2	N/a	N/a	N/a.	2	Economa	1	vereda la tabla	320 296 8413	171403	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	Código:16-PDS-GSP-GPSP-FR-081 Versión: 8
REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS	Fecha de Aprobación: 15 de enero de 2025

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

1. FECHA: Mayo coste 5. 2. TEMÁTICA: Educación familiar.

3. MUNICIPIO: Chaguaní 4. LUGAR: Vereda la tabla.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Gabriela Jiménez.

6. Tipo de Identificación: CC Número: 1072751076 Firma: Gabriela J

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN TIPO (1.C.C 2.T.I 3.R.C 4.CEDULA DE EXTRANJERIA)	IDENTIFICACIÓN Nº	ESTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Día/ Mes/ Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4. Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2. Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6. Migrante 7. PVCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2. Auditiva 3. Visual 4. Sordera 5. Intelectual 6. Mental 7. Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2. Habitante Calle 3. LGBTIQ+ 4. Personas en situación de prostitución 5. Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1. SI 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2. Cabecera Municipal 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELEFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Lineth Mariam P	2	1.073774548	1	2	02-10 2017	2	N/A	N/A	N/A	2	Estudiante	1	326296 8473	vereda la tabla	171403	
2	Maicol sarita Leiva	2	1.170 960.926	1	2	05-08 2013	2	N/A	N/A	N/A	2	Estudiante	1	320 296 8473	vereda la tabla	171703	
3	Nohemy Moreno	1	20.657.747	1	2	10-12 1952	2	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	320229 1195	vereda la tabla	171403	
4	Luis Alvaro Bojaca	1	3.052.027	1	1	20-04 1948	2	N/A	7	N/A	2	Hogar	1	32136 7 0527	vereda la tabla	171403	NO firma
5	Claudia Azucena A	1	20.462.044	1	2	17-06 1980	2	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	313 351 6649	vereda la tabla	171403	Claudia Acosta
6	Miguel Angel Moreno	1	1072026261	1	1	11-05 2007	2	N/A	N/A	N/A	2	Estudiante	1	322 435 7081	vereda la tabla	171403	Miguel Moreno
7	Luis Antonio Moreno	1	2990898	1	1	28-03 1967	2	N/A	N/A	N/A	2	Hogar	1	327 486 8150	vereda la tabla	171403	Luis Moreno
8	Brigith del Pilar	1	1073677955	1	2	10-12 1985	2	N/A	N/A	N/A	2	economa	1	321 412 8266	vereda la tabla	171403	pilar carron
9	Johan Alexander V.	2	1074817 522	1	1	25-10 2013	2	N/A	N/A	N/A	2	Estudiante	1	321412 8266	las 3 palmas	171203	pilar carron
10	Arcangel Caicedo	1	212481	1	1	01-12 1939	2	N/A	N/A	N/A	2	oficios varios	1	314 848 6636	vereda la tabla	171403	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 MAYO - 10 JUNIO 2026 — 2. TEMÁTICA: Educacion

3. MUNICIPIO: Guachas — 4. LUGAR: Puerto Bogota.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Fnasy karina Avila

6. Tipo de Identificacion: CC — Número: 1005776619 — Firma:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN: TIPO (1. CC 2. TI 3. RC 4. OTRO (ver Instructivo))	IDENTIFICACIÓN: Nº	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indigena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Multiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.SI 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Dispersa 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO CLAVE INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Gladys Rocio Rojas	1	30284940	1	2	20 Junio 1965	1	—	—	—	2	Hogar	3		3127592075		
2	Deyanira Rios Quintero	1	24711011	1	2	22 Enero 1976	2	—	—	—	2	Hogar	3		3208190853		
3	Segundo Antonio Bobadilla Cruz	1	3040473	1	1	17 feb 1947	2	—	—	—	2	Oficios Varios	3		3214258284		
4	Jaider Yesid Calderon	1	71481593	1	1	18 Enero 1978	1	—	—	—	2	Oficios Domes	3		3133077771		
5	Brillyt Alejandra Calderon Parra	2	1105986185	1	2	15 Julio 2001	1	—	—	—	2	Estudiante	3	Puerto Bogota	3133077771		
6	Jeidi Diana Parra Sepulveda	1	1105265098	1	2	9 feb 2000	1	—	—	—	2	Hogar	3		3133077771		
7	Paralisa Beltran Patiño	1	28536812	1	2	9 Diciem 1939	2	—	—	—	2	Hogar	3		3142706772		
8	Luz Edith Mendez Torres	1	38282091	1	2	18 Diciem 1962	1	—	—	—	2	Hogar	3		3145718221		Luz Mendez
9	Angie Tatiana Saldaña Molano	1	1105784036	1	2	22 Mayo 2004	1	—	—	—	2	Estudiante	3		3113478853		Angie S.
10	Jesus Antonio Saldaña Bustos	1	79004962	1	1	20 Junio 1959	1	—	—	—	2	Vigilante	3		3145718221		Jesica M.

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 Mayo al 10 Junio 2026 — 2. TEMÁTICA: Educacion

3. MUNICIPIO: Guaduas — 4. LUGAR: puerto Bogota

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Ingry Karina Avila

6. Tipo de Identificacion: CC — Número: 1005716819 — Firma: [signature]

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN: TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN: N°	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO (Dia / Mes / Año)	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Multiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.SI 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Yesica Lisbey Mabaro Mendez	1	1105180601	1	2	27 Enero 1986	1	—	—	—	2	Hogar	3		3145718221		Yesica M.
2	Juan David Saldaña Mabaro	2	1105494925	1	1	2 Mayo 2012	1	—	—	—	2	Estudiante	3		3145718221		Yesica M.
3	Candido Londoño	1	14315923	1	1	30 Marzo 1955	1	—	—	—	2	Hogar	3	-	3176729484		
4	Heloisa Gomez Lozano	1	52102003	1	2	9 Diciem 1972	2	—	—	—	2	Hogar	3	Bogotá	3212630074		Heloisa Gomez Lozano
5	Yenny Flora Hernandez Gomez	1	1002580474	1	2	10 Enero 2002	2	—	—	—	2	Hogar	3		3222389905		Yenny Hernandez
6	Ashly Antonella Trujillo Hernandez	3	1105494061	1	2	29 Nov 2017	1	—	—	—	2	Menor	3	Puerto	3222389905		Yenny Hernandez
7	Heydy Alejandra Hernandez Gomez	3	1105435115	1	2	10 Julio 2024	2	—	—	—	2	Menor	3		3222389905		Yenny Hernandez
8	Johanner Daxell Hernandez Gomez	3	1105494514	1	1	26 Enero 2022	2	—	—	—	2	Menor	3		3222389905		Yenny Hernandez
9	Janeth Tatiana Hernandez	1	38285019	1	2	5 Diciem 1980	2	—	—	—	2	Hogar	3		3245420061		Janeth T.
10	Maneth Chaves Galindo.	3	1034612490	1	2	5 Sep 2021	1	—	—	—	2	Menor	3		3057090909		Leidy Galindo

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 Mayo al 10 junio 2026 — 2. TEMÁTICA: Educación

3. MUNICIPIO: Gradual — 4. LUGAR: Puerto Bogotá

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Fnesy Karina Avila

6. Tipo de Identificacion: CC — Número: 1005776879 — Firma: [signature]

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.SI 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Leidy Johana Galindo Mendez	1	1105[illegible]069	1	2	10 Mayo 1995		—	—	—	2	Hogar	3		3205[illegible]		Leidy Galindo
2	Yoners de los Angeles Cabrera	4	27636490	1	2	26 Sep 1999	5	6	—	—	2	Hogar	3		3168[illegible]		Yoners
3	Jasneider Alejandro Tovar Cabrera	3	1105774512	1	1	12 Oct 2021	1	—	—	—	2	Menor	3		3168[illegible]		Yoners.
4	Leidy Yamile Bermudez	1	1005741035	1	2	11 Oct 1994		—	—	—	2	Hogar	3	Bogotá	3208[illegible]		Leidy 13
5	Fuer Archer Caballero Bermudez	2	1105306140	1	1	15 Oct 2012		—	—	—	2	Menor	3		3208[illegible]		Leidy 13
6	Nicio Rios Arce	1	65812819	1	2	26 Marzo 1960		—	—	—	2	Hogar	3	Puerto	3138[illegible]		Nicio Rios
7	Gael David Mejia Cadena	3	1105774626	1	1	9 Sept 2022	1	—	—	—	2	Menor	3		3138[illegible]		Nicio Rios
8	Juanse Mateo Mejia	3	1105775008	1	1	2 Mayo 2025	1	—	—	—	2	Menor	3		3138[illegible]		Nicio Rios.
9	Maria del pilar Caicedo Aguilar	1	38284357	1	2	20 Julio 1961	2	—	—	—	2	Hogar	3		3205[illegible]		Mª Lourdes
10	Cesar Raul Hernandez Nuñez	1	5938232	1	1	12 Oct 1971	1	—	—	—	2	Oficios Varios	3		3206[illegible]		Cesar Nuñez

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 Mayo al 10 Junio 2026 — 2. TEMÁTICA: Educacion

3. MUNICIPIO: Guaduas — 4. LUGAR: puerto Bogotá

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Erica Karina Avila

6. Tipo de Identificacion: CC — Número: 1005776879 — Firma: [signature]

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.SI 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Joz Nelly Cuervo perez	1	28980765	1	2	15 Diciem 1947	2	—	—	—	2	Hogar	3		3214863382		
2	Rosa Romero Cuervo	1	38288530	1	2	7 Enero 1958	1	—	—	—	2	Hogar	3		3103029971		
3	Jaime Beltran Sanchez	1	14316794	1	1	9 Julio 1956	2	—	—	—	2	oficios varios	3		3209836686		
4	Angela Vanegas chamis	1	1105782171	1	2	11 JUNIO 1987	2	—	—	—	2	Hogar	3	Bogotá	3114979778		Angela Vanegas
5	Ahylen Sofia Torres Vanegas	2	1184963068	1	2	10 Nov 2016	2	—	—	—	2	Menor	3		3114979778		Angela Vanegas
6	Dilcon Duvan Torres Vanegas	2	1025447952	1	1	10 Julio 2019	2	—	—	—	2	Menor	3		3114979778		Angela Vanegas
7	Angie Zuley Torres Vanegas	2	1105785800	1	2	22 Nov 2008	2	—	—	—	2	Menor	3	Puerto	3114979778		Angela Vanegas
8	Yasli Zoen Torres Vanegas	3	1107471265	1	2	10 Diciem 2010	2	—	—	—	2	Menor	3		3114979778		Angela Vanegas
9	Efrain Soto Contreras	1	74370142	1	1	23 Agost 1966	2	—	—	—	2	oficios varios	3		3219495582		Efrain.
10	Linda Acosta Tricina	1	1105786594	1	2	23 sept 1991	1	—	—	—	2	optometra	3		3218426662		Linda.

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 Mayo al 10 junio 2026 | 2. TEMÁTICA: Educación

3. MUNICIPIO: Guaduas | 4. LUGAR: puerto Bogotá

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Fnasy Karina Avila

6. Tipo de Identificacion: CC | Número: 1 005 776 819 | Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO 1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional	SEXO 1. Masculino 2. Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL 1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA	DISCAPACIDAD 1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple	POBLACION VULNERABLE 1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables	EMBARAZADA 1.Si 2. No	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA 1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Cecilia Triana Hernandez	1	38280856	1	2	7 Diciembre 1961	1	—	—	—	2	Hogar	3		3238420661		Cecilia T.
2	Dario Alberto Acosta Triana.	1	N38410	1	1	21 Agosto 1962	1	—	—	—	2	Pensionado	3	-	3238420661		Dario A.
3	Teresa Rojas.	1	38281826	1	2	26 Junio 1969	2	—	—	—	2	Hogar	3	Barrio Bogotá	3142926161		Teresa R.
4	Ferney Torres Muñoz	1	14323367	1	1	29 Junio 1977	1	—	—	—	2	Oficios Varios	3	Barrio Bogotá	3114999776		ferney torres
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 17 Mayo
2. TEMÁTICA:
3. MUNICIPIO: Choguani
4. LUGAR: El Retiro
5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Linda Katherine Vela camacho
6. Tipo de identificacion: CC Número: 1072749470 Firma: Katherine Vela

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.Si 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Luz Florelia	1	39.789.945	1	2	20-5-1966	2	NA	NA	NA.	2	ama de casa	1	Retiro	3207687527		x Luz Florelia
2	Paola RAMOS	1	1193557583	1	2	30-03-2001	2	NA	NA	NA	2	estudia.	1	Retiro	3207687527		
3	Yennifer Martinez	1	65815404	1	2	22-11-1980	2	NA	NA	NA	2	ama de casa	1	Retiro	3124927763		Yenifer Martinez
4	Samara Diaz	2	1189214237	1	2	17-11-2013	2	NA	NA	NA	2	estudia	1	Retiro	3124927763		samara diaz
5	Yessica Martinez	1	1006840635	1	2	17-03-1995	2	NA	NA	NA	2	ama de casa	1	Retiro	3214406383		Yessica martinez
6	Alexandra Pinto	1	1133934227	1	2	1-5-93	2	NA	NA	NA	2	ama de casa.	1.	Retiro	3219186442		alexandra pinto
7	eliana Martinez	2	1133434633	1	2	16-3-2010	2	NA	NA	NA	2	estudia.	1.	Retiro	3219186498		eliana martinez
8	Melania Prieto	1	51356514	1	2	20-11-1958	2	NA	NA	NA	2	ama de casa	1	Retiro	3208937362		x Melania Prieto
9	Mayerly Martinez	1	1006840623	1	2	27-10-1997	2	NA	NA.	NA	2	ama de casa	1	Retiro	3227358866		Mayerli
10	Clara Zoraya	1	1003496114	1.	2	4-9-2002	2	NA	NA	NA	2	ama de casa.	1	Retiro	3117301549		Clara Zoraya

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: (Abril) Mayo — 2. TEMÁTICA:

3. MUNICIPIO: Chaguaní — 4. LUGAR: el Retiro

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Linda Katherine Vela Camacho

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 1072749470 — Firma: Katherine Vela

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.Si 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Luz Tribaldos	1	70905436	1	2	12-3-1971	2	NA	NA	NA	2	ama de casa	1	Retiro	3123747343		Luz Mary
2	Merido Sanchez	1	5165431S	1	2	24-9-1962	2	NA	NA	NA	2	Oficios Varios	1	Retiro	3132394330		
3	EDWin Herlen	1	7016001305	1	1	15-3-1989	2	NA	NA	NA	2	Oficios Varios	1	Retiro	3133166311		
4	Benjamin Martinez	1	18204360	1	1	15-01-1961	2	NA	NA	NA	2	oficios Varios	1	Retiro	3103084145		
5	Martha Ramirez	1	1127707018	1	2	10-4-1968	2	NA	NA	NA	2	ama de casa	1	Retiro	3103084145		Martha Ram
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 13 de Mayo 10 de Junio 2026 — 2. TEMÁTICA: Gestante.

3. MUNICIPIO: Caparapi — 4. LUGAR: Vereda Suene.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Diana Maria Rayo

6. Tipo de identificacion: CC — Número: 20430092 — Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO (Dia / Mes / Año)	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4 Sordera 5 Intelectual 6. Mental 7.Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.Si 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Dora Lorena Hernandez Moreno	1	1071580359	1	2	21/09/1993	1	NA	NA	NA	1	Hogar	1	Vda Suene	3234396873	110209 130302	DORA LORENA HERNANDEZ.
2	Liceth Yurany Moya Carranza	1	1003616608	1	2	22/10/2003	2	NA	NA	NA	1	Hogar	1	Vda Suene	3228318267	110209 130302	Liceth Moya
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

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

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

1. FECHA: 16 de mayo al 12 junio 2026 — 2. TEMÁTICA: Caracterización Gestante

3. MUNICIPIO: Guaduas - Cundinamarca — 4. LUGAR: Puerto Bogota

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): Orlando Ospina Ortiz

6. Tipo de identificacion: — Número: 1'033'680'536 — Firma:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (y ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4,Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM 6.Migrante. 7.PVCA)	DISCAPACIDAD (1. Fisica 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental 7.Múltiple)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución 5.Usuarios de drogas inyectables)	EMBARAZADA (1.Si 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro poblado)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Jeimmy Soto	1	1105792914	1	2	18/01/99	2	N/A	N/A	N/A	1	Hogar	1	Puerto Bogota	320 7574290	I3003	Jeimmy S.
2	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
3	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
4	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
5	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
6	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
7	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
8	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
9	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
10	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"

Powered by CamScanner

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

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la

1. FECHA: del 13 de mayo 2026 al 10 de junio 2026 **2. TEMÁTICA: AIEPI**

3. MUNICIPIO: guaduas **4. LUGAR: PUERTO BOGOTA**

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos): adriana sofia rueda paez

6. Tipo de identificacion:CC **Número:1071578714** **Firma**

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN		ENTORNO	SEXO 1.	FECHA DE	AFILIACION	POBLACIÓN CON	DISCAPACI	POBLACION VULNERABLE	EMBARA-	OCUPACION U	LUGAR DE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
3	DANNA SOFIA LOPEZ	2	1105793496	1	2	12/12/2017	2	-	-	-	2	HOGAR	3	PUERTO BOGOTA	3133213107	I303	
60	LUIS ANGEL QUINTERO	3	1110142210	1	1	30/06/2021	2	-	-	-	2	HOGAR	3	PUERTO BOGOTA	3118630261	I303	
62	MATHIAS LOPEZ LOZANO	3	1105794222	1	1	16/10/2020	2	-	-	-	2	HOGAR	3	PUERTO BOGOTA	3133213107	I303	
63	ELIAN DAVID LOPEZ	3	1105794765	1	1	30/06/2023	2	-	-	-	2	HOGAR	3	PUERTO BOGOTA	3133213107	I303	

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 14/05/26 — 2. TEMÁTICA: Acompañamiento desde el respeto: identidad, diversidad y adolescencia.

3. MUNICIPIO: Bojacá. — 4. LUGAR: IED Miguel Jumper – Sede Galán.

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD: Paula Andrea Vanegas Arias.

6. Tipo de Identificacion: C.C — Número: 1072751349 — Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. T.I 3. RC 4. OTRO (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN N°	ENTORNO (1. Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4. Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2. Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM)	DISCAPACIDAD (1. Física 2. Auditiva 3. Visual 4. Sordera 5. Intelectual 6. Mental)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2. Habitante Calle 3. LGBTIQ+ 4. Personas en situación de prostitución)	EMBARAZADA (1. SI 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2. Cabecera Municipal. 3. Centro)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	yenny paola	1	—	4	2	22 Mar 1996	2	—	NO	—	NO	casa.	3	carr G-627	3707382446 3707382453	NPP.	yenny paola.
2	Paola Hernandez	1	1072749111	4	2	28 enero 1995	2	—	NO	—	NO	Casa	1	Vrd rural region	3214213033	N.E.P.	Paola Hernandez
3	Diana Tellez	1	39813755	4	2	21-03-84	2	—	NO	—	2	hogar	1	Vda Granada	3118244251	I1201	Diana Tellez
4	Karen Montoya	1	1072349948	4	2	20-07-94	2	—	no	—	no	Hogar	2	calle 9 #8-25	3105116089	I11201	
5	Monica fonseca	1	39813824	4	2	3-06-85	2	—	no	—	no	Hogar	2	calle 2 N°1-102	3112350905	I 11201	Monica fonseca
6	Diana Ramirez	1	39813089	4	2	08-03-80	?	—	no	—	no	hogar	2	calle 4 #114	3136146956	I 11201	
7	Nora Cardona	1	39813237	4	2	02.02-82	2	—	NO	—	NO	Indep.	2	B Santander	3143795941	I11201	
8	Andrea Cespedes	1	1072745952	4	2	19-08-88	2	—	NO	—	NO	INDEP.	2	Calle 2 # 6-78 centro	3185270086	I 11201	
9	Paola camila sanchez	1	1007237464	4	2	11-10-2002	2	—	NO	—	NO	Indep	1	Los fabo Nieto 2	3123938410	I 11201	Paola Sanchez
10	Diana Ramos H	1	1019912742	4	2	25-07-79	1	—	NO	—	NO	Indep.	2	Virreyes	3132534601	I 11201	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

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

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

1. FECHA: 14/05/26 — 2. TEMÁTICA: Acompañamiento desde el respeto: Identidad, diversidad y autocuidado.

3. MUNICIPIO: Guaduas. — 4. LUGAR: I.E.D. Miguel Jimpes. - Sede Galan

5. RESPONSABLE ACTIVIDAD: Paula Andrea Vanegas Arias.

6. Tipo de Identificacion: C.C — Número: 1072751349 — Firma

No.	NOMBRES Y APELLIDOS.	IDENTIFICACIÓN TIPO (1. C.C 2. TI 3. RC 4. OTRO (ver instructivo))	IDENTIFICACIÓN Nº	ENTORNO (1.Hogar 2. Comunitario 3. Laboral 4. Educativo 5. Institucional)	SEXO (1. Masculino 2. Femenino)	FECHA DE NACIMIENTO Dia / Mes / Año	AFILIACION SALUD (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción 4.Especial 5. No asegurado)	POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL (1. Indígena 2.Afro 3. Palenquero 4. Raizal 5. ROM)	DISCAPACIDAD (1. Física 2.Auditiva 3. Visual 4.Sordera 5.Intelectual 6. Mental)	POBLACION VULNERABLE (1. PPL 2.Habitante Calle 3.LGBTIQ+ 4.Personas en situación de prostitución)	EMBARAZADA (1.SI 2. No)	OCUPACION U OFICIO	LUGAR DE VIVIENDA (1. Rural Disperso 2.Cabecera Municipal. 3. Centro	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CODIGO CUPS INTERVENCIONES COLECTIVAS	FIRMA
1	Gabriela Jiménez	1	1072751076	4	2	26-06-1996	2	—	—	—	2	Independiente	2	Barrio Policarpa	3178679593	I1201	Gabriela J
2	Doris Medellin	1	39812014	4	2	04-06-1976	2	—	—	—	2	—	2	Mirador el Cumpanario	3137480113	I1201	Doris Medellin
3	Vanesa abeo	1	1003584663	4	2	19/10/1998	2	—	—	—	2	Independiente	2	Diana Turbay	3029000850	I1201	Yesica abeo
4	Mildred Ayala	1	1.118.566.505	4	2	10/11/1996	2	—	—	—	2	—	2	Luis Fabanniello	3146522691	I1201	
5	Juliana Cortes	1	39811881	4	2	30-07-75	2	—	—	—	2	Independiente	2	Calle 7 - 023 Barrio	3227430773	I1201	
6	Estefania Suarez	1	1072752513	4	2	18/03/1999	2	—	—	—	2	oficios varios	2	Carlos Herras	1072752513	I1201	
7	Wilmer Sedano	1	1072746597	4	1	01-04-1989	1	—	—	—	2	—	2	Galan Alto	3125296619	I1201	
8	Yazmin Garay	1	1072750725	4	1	03/04/96	2	—	—	—	2	ama de casa	2	Santa Cecilia	3203718746	I1201	Yazmin Garay
9	Astrid sanchez	1	1006659214	4	2	11/04/2000	2	—	—	—	2	—	2	Alto del trigo	3042514709	I1201	Astrid sanchez
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Scanned with CamScanner