

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL	CÓDIGO	GEC-FT-52-V3
		PÁGINA	1 de 1

DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
CONTRATO No.	CO1.PCCNTR.771 6023	CONTRATISTA	LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA		
FECHA DE CONTRATO	29/03/2025	NIT / CC	1019134248	TELÉFONO	3173346157
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL, DESARROLLANDO ACCIONES DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE CHÍA.				

CUENTA / PAGO			PERÍODO / CORTE			
1	DE	9	DEL	4/04/2025	AL	03/05/2025

RUBRO PRESUPUESTAL		VALOR TOTAL DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR DE ESTE PAGO	SALDO POR PAGAR DEL REGISTRO
CUENTA	FUENTE - ARTICULO			
23102190520242 517500070282.3. 2.02.02.009	21305	\$51.870.000.00	\$5.985.000.00	\$45.885.000.00

INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
PLANILLA N°	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE	TIPO DE APORTE	VALOR PAGADO
86288494	ABRIL	SALUD	\$299.300
		PENSIÓN	\$383.100
		ARL	\$ 12.500
TOTAL			\$694.900
VERIFICADO EL MONTO DE CADA UNO DE LOS APORTES EN LA PLANILLA, SE CONSTATÓ QUE SE AJUSTA A LA BASE DE LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE AL VALOR DEL CONTRATO.			

EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR				
EN CUANTO A LA EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR, DEJO CONSTANCIA QUE SE VERIFICÓ, SEGÚN EVALUACIÓN REALIZADA EN EL FORMATO DE RE-EVALUACIÓN QUE EL SERVICIO SUMINISTRADO DURANTE ESTE PERIODO FUE:				
☒ EXCELENTE (81 - 100)	☐ BUENO (61 - 80)	☐ REGULAR (41 - 60)	☐ DEFICIENTE (21 - 40)	☐ MALO (0 - 20)

CERTIFICACIÓN
POR LO ANTERIOR, DEJO CONSTANCIA EXPRESA QUE LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL CONTRATISTA FUERON REVISADOS DETALLADAMENTE, VERIFICANDO QUE CUMPLEN COMPLETAMENTE EN SU CONTENIDO, CON LOS REQUERIMIENTOS LEGALES Y CONTRACTUALES ESTABLECIDOS.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE COMO EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PARA EFECTOS DE PAGO CON DESTINO A LA SECRETARÍA DE HACIENDA, A LOS 05 DÍAS DEL MES MAYO DEL AÑO 2025

La presente certificación se entenderá presentada con la firma electrónica impuestas a través del SECOP II, por parte del supervisor del contrato.

NOTA: SE SOLICITA QUE EL PAGO SE REALICE DESDE LA CUENTA MAESTRA DE SALUD PUBLICA No. 337-37531665 (CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA) SGP.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GEC-FT-62-V3
		PÁGINA	1 de 4

FECHA DEL INFORME DD02 05 - 05 - 2025

ASPECTOS GENERALES			
TIPO DE INFORME	AVANCE ☒	FINAL ☐	PERIODO DEL INFORME DESDE 04-04-2025 HASTA 03-05-2025
TIPO DE RECURSOS			
FUNCIONAMIENTO ☐		INVERSIÓN ☒	
		EJE VIDA PLENA	
		SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	
		PROGRAMA SALUD PÚBLICA	
		29: FORTALECER LA ESTRATEGIA NUTRICIONAL ESPECIALMENTE EN EL AREA RURAL, RESGUARDO INDIGENA, Y POBLACIONES VULNERABLES, DURANTE EL META CUATRIENIO.	
		NOMBRE DEL PROYECTO TRANSFORMACIÓN SALUDABLE DE CHÍA	
		CÓDIGO BPPIN 2024251750007	

DATOS GENERALES DEL CONTRATO							
TIPO DE CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIO				CONTRATO No. CO1. PCCNTR.7716023	
CONTRATISTA		LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA					
PLAZO DE EJECUCIÓN		260 DIAS					
FECHA DE CONTRATO		29/03/2025		FECHA DE INICIO		04/04/2025	
FECHA TERMINACIÓN		23/12/2025					
PRORROGA		FECHA		XXXXXX		TIEMPO	
						XXXXX	
FECHA TERMINACIÓN		XXXXX					
SUSPENSIÓN		FECHA		XXXXX		TIEMPO	
						XXXXX	
FECHA TERMINACIÓN		XXXXX					
VALOR INICIAL EN NÚMEROS		51.870.000.00		EN LETRAS		CINCUENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL PESOS M/C	
ADICIÓN		FECHA		XXXXXXXX		VALOR	
						XXXXXX	
VALOR FINAL		XXXXXX					

SE DEBEN ADICIONAR TANTAS FILAS COMO SEA NECESARIO DE ACUERDO CON EL ESTADO DEL CONTRATO AL MOMENTO DE REALIZAR EL CORTE

INFORME DE SUPERVISIÓN			
FECHA DE PRESENTACIÓN	05/05/2025	SOPORTES	SE INDICA SI HAY PLANILLAS, ACTAS DE SEGUIMIENTO, PANTALLAZOS DE CORREOS ELECTRONICOS, CON REGISTRO FOTOGRAFICO, Y FIRMAS DE ASISTENCIA REGISTRO FOTOGRAFICO, CD, BASES DE DATOS, ETC
EL SUSCRITO EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE EL CONTRATO, PRESENTA EL SIGUIENTE INFORME, RESPECTO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA:			
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	% PROGRAMADO (SI APLICA - N/A)	% ALCANZADO (SI APLICA - N/A)	OBSERVACIONES INDICAR CÓMO SE CUMPLE CADA OBLIGACIÓN, DÓNDE ESTÁ Y CUÁL ES EL SOPORTE, CUÁL ES EL PRODUCTO ENTREGADO
3. Apoyar a la Secretaria de Salud con asistencias técnicas mediante visitas presenciales a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (públicas y privadas) del municipio de Chía, con el fin de fortalecer la red de vigilancia nutricional municipal, incluyendo el sistema de información de monitoreo alimentario y nutricional de la Gobernación- MANGO	100	11.5%	El contratista realizó asistencia técnica en la IPS Virrey Solís, con los temas de reporte adecuado de casos de desnutrición en menores de 5 años en el evento 113 SIVIGILA y malnutrición en gestantes en el sistema de información MANGO. También se realizó orientación sobre las rutas de atención en salud, específicamente desnutrición y malnutrición en gestación. Producto (Anexo acta de visita a la IPS).
4. Apoyar a la Secretaria de Salud en el seguimiento y monitoreo del SIVIGILA-sistema de vigilancia epidemiológica y MANGO-monitoreo de alimentación y nutrición de la Gobernación de forma semanal identificando los casos de malnutrición ya sea por déficit o exceso en los diferentes	100%	11.5%	El contratista realizó seguimientos a los casos notificados en los sistemas de información MANGO y SIVIGILA evento 113 desnutrición en menores de 5 años, siguiendo el lineamiento departamental para realizar seguimiento telefónico y domiciliarios o considerados como visita fallida. Producto (Anexo seguimientos reportados en el link de lineamiento departamental de manera

INFORME DE SUPERVISIÓN			
momentos de vida y realizar la gestión con los diferentes actores del sistema de salud según los hallazgos (bajo peso al nacer, desnutrición, sobrepeso y/u obesidad, malnutrición en la gestante).			domiciliaria y telefónica y actas de visita domiciliaria). Por solicitud de apoyo de secretaría de salud, el contratista realizó seguimiento telefónico a 38 casos de bajo peso al nacer para el año 2024 en el municipio de Chía, se registran en el link departamental de la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional. Para el 2025, debido al gran número de casos de bajo peso al nacer del municipio de Chía y a la dificultad en la obtención de números de teléfono de madre o padre de los recién nacidos, adicional a la directriz de visitar al 100% de los casos, el contratista realizó solo dos seguimientos. Producto (anexo seguimientos telefónicos de casos bajo peso al nacer año 2024 registrados en el link y seguimientos y visitas domiciliarias casos bajo peso al nacer del año 2025). El contratista realizó seguimiento telefónico a 5 casos de malnutrición materna, debido al acceso tardío a la base reportada por el sistema de información por dificultades en el aplicativo MANGO. Producto (anexo seguimientos telefónicos diligenciados en el link de lineamiento departamental)
5. Apoyar a la secretaria de Salud en el seguimiento y asistencia técnica a través de visitas presenciales a las empresas que cumplen criterios para implementar las Salas amigas de la familia lactante-SAFL, verificando su funcionamiento según lineamientos, con el fin de apoyar a las mujeres lactantes en su entorno laboral.	100%	11.5%	El contratista realizó visitas a dos empresas interesadas en implementar la estrategia SAFL: Andrés Carne de Res y Centro Comercial Fontanar. Luego de revisar las instalaciones destinadas a la ubicación de la sala, se realizaron las observaciones necesarias, para nuevamente visitar y aprobar el inicio de la implementación de la estrategia. Producto (anexo actas de visita a las instalaciones en las empresas interesadas en implementar las SAFL).
8.Apoyar a la Secretaría de salud en la realización de alianzas intersectoriales para el fortalecimiento de los procesos de alimentación saludable y sustentable mediante el acompañamiento y seguimiento a los compromisos definidos conjuntamente (Programas sociales, Fundación Éxito, Convenios, desarrollo económico, SENA, Organizaciones no gubernamentales- ONG, etc.).	100%	11.5%	El contratista gestionó convenio para prácticas y pasantías de estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad Nacional de Colombia. Producto (anexo correo de conversaciones para convenio).
10.Apoyar a la Secretaría de Salud en el acompañamiento a la implementación de la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo y /o presencia de alteraciones en nutrición y ruta de la promoción y mantenimiento de la salud con las 12 Instituciones prestadoras de servicios de salud a través de visitas presenciales.	100%	11.5%	El contratista realizó asistencia técnica en la IPS Virrey Solís, con los temas de reporte adecuado de casos de desnutrición en menores de 5 años en el evento 113 SIVIGILA y malnutrición en gestantes en el sistema de información MANGO. También se realizó orientación sobre las rutas de atención en salud, específicamente desnutrición y malnutrición en gestación. Producto (Anexo acta de visita a la IPS).
11.Apoyar a la Secretaría de Salud en los seguimientos a través de visitas presenciales a los casos de menores de 5 años con desnutrición aguda leve,	100%	11.5%	El contratista realizó seguimientos a los casos notificados en los sistemas de información MANGO y SIVIGILA evento 113 desnutrición en menores de 5 años, siguiendo el

INFORME DE SUPERVISIÓN					
moderada y/o severa y niños bajos de peso del municipio de Chía notificados en el sistema de vigilancia nutricional-Mangomonitoreo alimentario y Nutricional de la Gobernación y el sistema SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica). Presentar actas.			lineamiento departamental para realizar seguimientos domiciliarios. Producto (Anexo seguimientos reportados en el link de lineamiento departamental y actas de visita domiciliaria).		
13.Apoyar a la Secretaría de salud en la asistencia a los Comités de vigilancia epidemiológica -COVES municipal y departamental relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional buscando socializar en el Comité municipal los temas relacionados a la seguridad alimentaria y nutricional	100%	11.5%	El contratista asistió al Comité de Vigilancia Epidemiológica del mes de abril 2025, donde se trataron temas de tosferina, fiebre amarilla, eventos de notificación inmediata, cáncer y donación de órganos. Producto (anexo listas de asistencia al COVE 04 abril 2025).		
14.Apoyar la realización de actividades de captura, registro, digitalización y análisis de datos de la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional, generando información, indicadores e informes, acorde a las necesidades de la dirección de salud pública o la Secretaría de salud municipal.	100%	11.5%	El contratista registra todos los datos obtenidos en los seguimientos en el observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Producto (Observatorio Seguridad Alimentaria y Nutricional)		
DE IGUAL MANERA SE PROCEDE A DEJAR CONSTANCIA DE LA REVISIÓN, VERIFICACIÓN, APROBACIÓN Y AVAL DEL INFORME PRESENTADO POR EL CONTRATISTA, ASI:					
OBSERVACIONES	LA CONTRATISTA ENTREGO LO CORRESPONDIENTE AL AVANCE DEL 11.11%				
EN VIRTUD DE LO ANTERIOR, SE APRUEBA EL INFORME DE ACTIVIDADES PRESENTADO					
		SI	☒	NO	☐
MOTIVOS SI NO FUE APROBADA					

VALOR INICIAL			51.870.000 M/C				
VALOR ADICIÓN			XX				
VALOR TOTAL			51.870.000 M/C				
CUENTA / PAGO			VALOR A PAGAR			% EJECUCIÓN	
1	DE	9	5.985.000.00			11.11%	
	DE						
	DE						
	DE						
	DE						
	DE						
	DE						
	DE						
VALOR TOTAL EJECUTADO			5.985.000.00			11.11%	
SALDO POR EJECUTAR			45.885.000.00			88.89%	
NÚMERO REGISTRO PRESUPUESTAL		FECHA	RUBRO PTAL	FUENTE	VALOR TOTAL	VALOR A CANCELAR PRESENTE ACTA	SALDO REGISTRO
2025001808		29/03/2025	2310219052024 2517500070282. 3.2.02.02.009	21305	51.870.000.00	5.985.000.00	45.885.000.00



INFORME GESTIÓN
SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

REALIZADO POR:
LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

PRESENTADO A:
WILLIS REYES VALDES

4 DE ABRIL AL 3 DE MAYO DE 2025

INTRODUCCIÓN

La salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad para promover, mantener y proteger la salud de la comunidad, previniendo enfermedades, lesiones e incapacidades. Se enfoca en la salud de la población en su conjunto, no solo en individuos, y abarca una amplia gama de factores que influyen en la salud, como las enfermedades contagiosas, las enfermedades no contagiosas, los estilos de vida y los determinantes sociales de la salud 1. MinSalud. Por otro lado, la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) se refiere a la situación en la que todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y de salud, garantizando una vida activa y saludable 2. FAO.

En el municipio de Chía, es de gran interés obtener mejores resultados en salud, por lo tanto, se realizan acciones encaminadas a garantizar la salud pública y seguridad alimentaria y nutricional de la población mediante: la vigilancia nutricional de los casos notificados en sistemas de información (MANGO y SIVIGILA) para asegurar la atención y seguimiento oportuno; lograr mayor y mejor implementación de Salas Amigas de la Familia Lactante (SALF); verificar el cumplimiento de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI); fortalecer, mediante asistencias técnicas, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) sobre los Rutas Integrales de atención en Salud en Población de Riesgo (RIAS-PR) y Rutas Integrales de Atención y Mantenimiento de la Salud (RIAMS) y demás temas que requieran mejora; apoyar implementación de Entornos Escolares Saludables y; socializar la información en comités SAN, comités COVE y demás informes que se requieran.

JUSTIFICACIÓN

La Alcaldía municipal de Chía en el plan de acción 2024-2027, denota la meta 29 para la dependencia Secretaría de Salud, en la que se propone “Fortalecer la estrategia nutricional, especialmente en el área rural, resguardo indígena, y poblaciones vulnerables, durante el cuatrienio “mediante seguimiento al sistema de información y gestión en salud pública.

Por esta razón, desde el área de nutrición es fundamental realizar acciones para mejorar resultados en salud en el municipio de Chía, realizando vigilancia nutricional mediante seguimiento a casos notificados en el sistema de información departamental MANGO y sistema de notificación inmediata SIVIGILA, específicamente el evento 113 desnutrición en menores de 5 años, bajo peso al nacer y gestantes en malnutrición, con el fin de garantizar su atención oportuna, mediante canalización a las diferentes entidades correspondientes. Por otro lado, es de vital importancia orientar acciones para mejorar la situación nutricional de la población, mediante fortalecimiento de estrategias SALF y IAMI, Entornos Escolares Saludables, implementación de RIAS y RIAMS y lograr programas, convenios, estrategias que logren mejorar la situación nutricional de la población.



OBJETIVO

Realizar seguimiento a los sistemas de información gestionando acciones en salud pública para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional del municipio de Chía

ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Seguimiento a casos de desnutrición en menores de 5 años notificados en sistemas de información MANGO y SIVIGILA.

Se realizan seguimientos a los casos notificados en los sistemas de información MANGO y SIVIGILA evento 113 desnutrición en menores de 5 años, siguiendo el lineamiento departamental para realizar seguimiento telefónico y domiciliarios o considerados como visita fallida Los seguimientos se registran en observatorio de seguridad alimentaria y nutricional (SAN). A continuación, se presenta un cuadro con el número de casos en seguimiento.

Tabla 1, Seguimiento de casos de desnutrición en menores de 5 años

Seguimiento	No. De Casos 04/04/2025- 03/05/2025
Domiciliario	9
Telefónico	3
Visita fallida	1
Pendiente	1
Total	14

Los casos de desnutrición en menor de 5 años son de atención inmediata, por lo tanto, se realiza la adecuada canalización individualizada de cada uno de los casos y se mantiene en seguimiento periódico hasta que salgan de la desnutrición.

Se anexan seguimientos reportados en el link de lineamiento departamental de manera domiciliaria y telefónica y actas de visita domiciliaria.

2. Seguimiento a los casos de bajo peso al nacer notificados en sistemas de información 2024-2025.

Por solicitud de apoyo de secretaría de salud, se realiza seguimiento telefónico a 38 casos de bajo peso al nacer para el año 2024 en el municipio de Chía, se registran en el link departamental de la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional. Los seguimientos se registran en observatorio de seguridad alimentaria y nutricional (SAN).

Para el 2025, debido al gran número de casos de bajo peso al nacer del municipio de Chía y a la dificultad en la obtención de números de teléfono de madre o padre de los recién nacidos, adicional a la directriz de visitar al 100% de los casos, se realizan solo dos

seguimientos. Sin embargo, se espera para el próximo mes avanzar con el mayor número de casos posibles. Los seguimientos se registran en observatorio de seguridad alimentaria y nutricional (SAN). A continuación, se muestra tabla de seguimientos:

Tabla 2, Seguimiento de casos de bajo peso al nacer

Seguimiento	No. De Casos 04/04/2025- 03/05/2025
Domiciliario	2
Pendiente	49
Total	51

Se anexan seguimientos telefónicos de casos bajo peso al nacer año 2024 registrados en el link y seguimientos y visitas domiciliarias casos bajo peso al nacer del año 2025

3. Seguimiento de casos de malnutrición materna reportada en MANGO

Se realiza seguimiento telefónico a 5 casos de malnutrición materna, debido al acceso tardío a la base reportada por el sistema de información por dificultades en el aplicativo MANGO. Los seguimientos se registran en observatorio de seguridad alimentaria y nutricional (SAN). A continuación, se muestra cuadro con seguimientos:

Tabla 3, Seguimiento de casos de gestantes en malnutrición

Seguimiento	No. De Casos 04/04/2025- 03/05/2025
Domiciliario	0
Telefónico	5
Pendiente	90
Total	95

Se anexa seguimientos telefónicos diligenciados en el link de lineamiento departamental

4. Asistencia técnica, seguimiento y orientación a las Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS sobre sistemas de información y RIAS-PR, RIAMS.

Se realiza asistencia técnica en la IPS Virrey Solís, con los temas de reporte adecuado de casos de desnutrición en menores de 5 años en el evento 113 SIVIGILA y malnutrición en gestantes en el sistema de información MANGO. También se realizó orientación sobre las

rutas de atención en salud, específicamente desnutrición y malnutrición en gestación. Se anexa acta de visita a la IPS.

5. Visitas implementación SAFL en empresas del municipio de Chía.

Se realizan visitas a dos empresas interesadas en implementar la estrategia SAFL: Andrés Carne de Res y Centro Comercial Fontanar. Luego de revisar las instalaciones destinadas a la ubicación de la sala, se realizaron las observaciones necesarias, para nuevamente visitar y aprobar el inicio de la implementación de la estrategia. Se anexan actas de visita a las instalaciones en las empresas interesadas en implementar las SAFL.

6. Asistencia al COVE

Se asiste al Comité de Vigilancia Epidemiológica del mes de abril 2025, donde se trataron temas de tosferina, fiebre amarilla, eventos de notificación inmediata, cáncer y donación de órganos. Se anexa listas de asistencia al COVE 04 abril 2025.

7. Convenio Universidad Nacional de Colombia

Se gestiona convenio para practicas y pasantías de estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad Nacional de Colombia. Se anexa correo de conversaciones para convenio.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 8

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA __

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS

ACTA N°	1	FECHA	15/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistac hia@outlook.com
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
REALIZAR VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS RC 1003626106 MAICOL ALEXANDER CORDERO AFRICANOPINZÓN NOTIFICADO EN EVENTO 113 SIVIGILA.				
2. ORDEN DEL DÍA				
1. SALUDO 2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA 3. MARCHA FINAL				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 8

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 3:00 p.m. se realizó la visita domiciliaria al niño RC 1003626106 MAICOL ALEXANDER CORDERO AFRICANO en Fundación significarte, iniciando con el saludo a nutricionista Catalina ... y la presentación, para continuar el caso de Desnutrición en menores de 5 años, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPx1YLa0zWk5I_Qkcxy5JUSgIxshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por crecimiento y desarrollo el 21/03/2025, donde se registra un peso de 7.8 kg y 73 cm, con zscore -0.5 clasificación Peso adecuado para la talla, se toma perímetro braquial encontrando 15 cm. Se determina que el niño se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con buena progresión de peso y talla y sale de la desnutrición. Actualmente institucionalizado en Fundación Significarte. Se realiza educación alimentaria y nutricional con énfasis en lactancia materna y alimentación complementaria.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual del niño con autorización de la nutricionista de la fundación, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2. Se realiza educación alimentaria y nutricional y recomendaciones para mantener la asistencia oportuna a las citas programadas y el esquema de vacunación al día.

La nutricionista de la fundación se compromete a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de Desnutrición en menores de 5 años por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y la fundación se comprometen a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

5. ANEXOS

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	3 de 8

Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMMDA0NWQ2MGQwZUZYS0pNWQxLWFiZWVMMMDYwNDIwIjEwZDk4IiwidCI6IjI1MzQ5ZjhlLTdmNzA0NGRmMC1hYjBmLTk0ZTA2YTFlNWw5MyIsImMiOiJ9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Siviglia y Mango) registre el nombre del menor.

Malcol Alexander Cordero Africano

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Siviglia y Mango) registre el documento del menor.

1003626106

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 8

1.3. Fecha del seguimiento * DD MM AAAA 15 / 04 / 2025
1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento * Laura Sofia Gómez Bonilla
1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento * Nutricionista
1.6. Seleccione el evento del seguimiento * 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigia
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigia
Tipo de seguimiento * ☒ Inicial ☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigia - Seguimiento Inicial
Tipo de régimen en salud * Subsidiado
CONDICIÓN DEL MENOR * ☐ - Menores de 6 meses ☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg ☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial ☐ - Con presencia edema al momento de la notificación ☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito ☒ - Con antecedente de hospitalización ☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer ☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes) ☐ - Migrantes



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

5 de 8

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☒ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en: Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apéptisi, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que se consultan por DNT agudo (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ SI

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ SI

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

15 _____

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☐ SI

☒ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☐ SI

☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

6 de 8

Correo: Laura Sofia Gómez Bonilla - Outlook

☒ SI

☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ SI

☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

21 / 03 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Clinica Colsubsidio calle 26

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

7.840

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

73

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-0.5

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA *

☒ Peso Adecuado para la Talla

☐ Riesgo de Desnutrición Aguda

☐ Desnutrición Aguda Moderada

☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ SI

☒ No

Intervenciones / Observaciones *

Actualmente institucionalizado en fundación signficante. Ya no se encuentra en desnutrición, buena progresión peso y talla. Se realiza educación alimentaria y nutricional con énfasis en lactancia materna y alimentación complementaria.

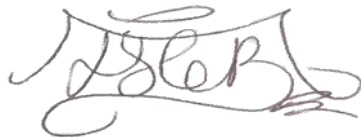
 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	7 de 8



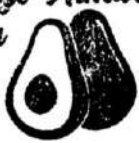
2.

6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado nutricional.	Laura Sofía Gómez Bonilla	Por definir
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Catalina	Por definir
FIRMAS		

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 8



Laura Sofía Gómez Bonilla
Nutricionista SAN-Salud Pública
CC:1019134248
Cel:3173346157


M Catalina Quimbayo Amario
Nutricionista Dietista
CC 1026590008
U Nacional




SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 17/04/2025 2:45 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYlslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

Maicol Alexander Cordero Africano

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1003626106

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

15 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *

☐ - Menores de 6 meses

☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

☐ - Con presencia edema al momento de la notificación

☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito

☒ - Con antecedente de hospitalización

☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer

☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

☐ - Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☒ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimiento deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

15

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☐ Sí

☒ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☐ Sí

☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

21 / 03 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Clínica Colsubsidio calle 26

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

7.840

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

73

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-0.5

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☒ Peso Adecuado para la Talla☐ Riesgo de Desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Actualmente institucionalizado en fundación significarte. Ya no se encuentra en desnutrición, buena progresión peso y talla. Se realiza educación alimentaria y nutricional con énfasis en lactancia materna y alimentación complementaria.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/1/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-

DhAxoNyXZyagJtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/1/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 9

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA __

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _ VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS

ACTA N°	1	FECHA	24/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistac hia@outlook.com
	WENDY VALDEZ CASSIANI	10018769958	MADRE DEL MENOR	-
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
REALIZAR VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS RC 1016973447 MAEL ALBERTO BARRIOS VALDES NOTIFICADO EN EVENTO 113 SIVIGILA				
2. ORDEN DEL DÍA				
1. SALUDO				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 9

2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA

3. MARCHA FINAL

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 3:00 p.m. se realizó la visita domiciliaria al niño RC 1016973447 MAEL ALBERTO BARRIOS VALDES, iniciando con el saludo y la presentación, para continuar el caso de Desnutrición en menores de 5 años, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPx1YLa0zWk5I_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por crecimiento y desarrollo el 15/04/2025, donde se registra un peso de 7.2 kg y 67 cm, con zscore -0.9 clasificación Peso adecuado para la talla, se toma perímetro braquial encontrando 13.5 cm. Se determina que el niño se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con buena progresión de peso y talla, aún en desnutrición proteico-calórica moderada, por lo tanto, se mantiene el seguimiento.

Dato erróneo de talla en el reporte de evento 113 que realiza la IPS Hospital Jorge Cavelier, debido a que el reporte del 03/04/2025 muestra una talla 76 cm y el seguimiento de pediatría el 15/04/2025 muestra 67 cm, se reporta error a la IPS. Lactancia materna y alimentación complementaria adecuada para la edad, consume alimentos de todos los grupos en las consistencias adecuadas. Se evidencia baja talla en el seguimiento, por lo tanto, se brinda educación y asesoría en la alimentación complementaria con énfasis en el consumo adecuado de proteína, lácteos y leguminosas para fortalecer crecimiento, además de la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación. No requiere seguimiento.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual del niño con autorización de la madre, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2. Se realiza educación alimentaria y nutricional y recomendaciones para mantener la asistencia oportuna a las citas programadas y el esquema de vacunación al día.

Los padres del menor se comprometen a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.



ACTA DE REUNION

SIG-FT-01-V3

3 de 9

Se da la despedida y marcha final.

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de Desnutrición en menores de 5 años por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y la madre se comprometen a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

Esto es lo que se recibió.

1016973447

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 9

1.3. Fecha del seguimiento * DD MM AAAA 24 / 04 / 2025
1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento * Laura Sofia Gómez Bonilla
1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento * Nutricionista
1.6. Seleccione el evento del seguimiento * 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia
Tipo de seguimiento * ☒ Inicial ☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia - Seguimiento Inicial
Tipo de régimen en salud * Contributivo
CONDICIÓN DEL MENOR * ☐ - Menores de 6 meses ☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg ☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial ☐ - Con presencia edema al momento de la notificación ☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito ☒ - Con antecedente de hospitalización ☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer ☐ - Menores que reconsultan por DNT aguda (reincidentes) ☐ - Migrantes



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

5 de 9

Correo: Laura Sofia Gómez Bonilla - Outlook

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en: Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apéndice, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que reconsultan por DNT aguda (reintendidos), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ Si

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Si

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

13.5

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☒ Si

☐ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☒ Si

☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	6 de 9

Correo: Laura Sofía Gómez Bonilla - Outlook

☒ Si
☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Si
☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA
15 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

IPS VIRREY SOLIS

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

7.2

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

57

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-0.9

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA *

☒ Peso Adecuado para la Talla
☐ Riesgo de Desnutrición Aguda
☐ Desnutrición Aguda Moderada
☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si
☒ No

Intervenciones / Observaciones

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	7 de 9

Intervenciones / Observaciones *

Dato erróneo de talla en el reporte de evento 113 que realiza la IPS Hospital Universitario de la Samaritana-Unidad Funcional de Zipaquirá, debido a que el reporte del 03/04/2025 muestra una talla 76 cm y el seguimiento de pediatría el 15/04/2025 muestra 67 cm, se reporta error a la IPS. Lactancia materna y alimentación complementaria adecuada para la edad, consume alimentos de todos los grupos en las consistencias adecuadas. Se evidencia baja talla en el seguimiento, por lo tanto se brinda educación y asesoría en la alimentación complementaria con énfasis en el consumo adecuado de proteína, lácteos y leguminosas para fortalecer crecimiento, además de la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación. No requiere seguimiento.



2.



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

8 de 9

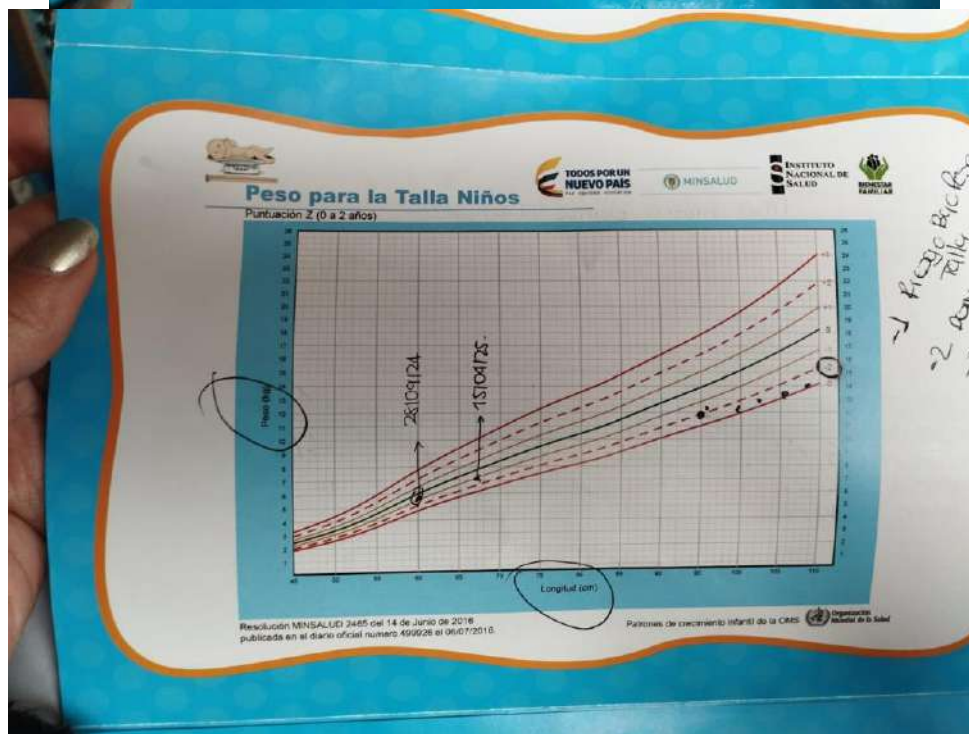
Fecha de inicio de seguimiento: 24/09/24
Nombre del paciente: Noel Alberto Baimas Valdes. Sexo F ☐ M ☒
Fecha de nacimiento: _____ Talla al nacer (cm) _____
Peso al nacer (kg) _____ Perímetro cefálico al nacer (cm) _____

Tabla de seguimiento de peso/talla/perímetro cefálico

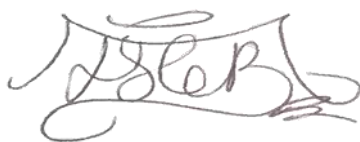
Por favor cuando tenga cita con el médico de su hijo(a), siempre presente esta cartilla para que él pueda hacer el registro de las mediciones en cada control.

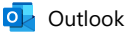
Fecha	Edad en meses	Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro cefálico (cm)
24/09/24	4 m	5.700	60 cm	41 cm
28/09/24	4 meses	5.895	60	pc. 40
15/04/25	10 meses	7.220	67	pc. 43

www.virreysolisips.com



 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	9 de 9

6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado nutricional.	Laura Sofía Gómez Bonilla	Por definir
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Yanira Andrea García Cárdenas	Por definir
FIRMAS		
 * Wendy Valdez Cassiani * Wendy + 1001876958. Laura Sofía Gómez Bonilla Nutricionista SAN-Salud Pública CC:1019134248 Cel:3173346157		



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 7:02 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

MAEL ALBERTO BARRIOS VALDES

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1016973447

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

24 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *



Inicial



De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CONDICIÓN DEL MENOR *



- Menores de 6 meses



- Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg



- Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial



- Con presencia edema al momento de la notificación



- Con resultado negativo en la prueba de apetito



- Con antecedente de hospitalización



- Con antecedente de bajo peso al nacer



- Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)



- Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimiento deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

13.5

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☒ Sí

☐ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☒ Si

☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

15 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

IPS VIRREY SOLIS

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

7.2

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

67

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-0.9

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☒ Peso Adecuado para la Talla☐ Riesgo de Desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Dato erróneo de talla en el reporte de evento 113 que realiza la IPS Hospital Universitario de la Samaritana-Unidad Funcional de Zipaquirá, debido a que el reporte del 03/04/2025 muestra una talla 76 cm y el seguimiento de pediatría el 15/04/2025 muestra 67 cm, se reporta error a la IPS. Lactancia materna y alimentación complementaria adecuada para la edad, consume alimentos de todos los grupos en las consistencias adecuadas. Se evidencia baja talla en el seguimiento, por lo tanto se brinda educación y asesoría en la alimentación complementaria con énfasis en el consumo adecuado de proteína, lácteos y leguminosas para fortalecer crecimiento, además de la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación. No requiere seguimiento.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcx5JUSgXshbPakZpzQ/formRespor

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 8

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA __

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS

ACTA N°	1	FECHA	14/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistachia@outlook.com
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
REALIZAR VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS RC 1023996093 GELEINIS ESTHER CHIQUILLA GÓMEZ NOTIFICADO EN EVENTO 113 SIVIGILA.				
2. ORDEN DEL DÍA				
1. SALUDO 2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA 3. MARCHA FINAL				
3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 8

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 3:00 p.m. se realizó la visita domiciliaria a la niña RC 1023996093 GELEINIS ESTHER CHIQUILLA GÓMEZ en Fundación significarte, iniciando con el saludo a nutricionista Catalina ... y la presentación, para continuar el caso de Desnutrición en menores de 5 años, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPx1YLa0zWk5I_Qkcx5JUSgIxshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por crecimiento y desarrollo el 12/04/2025, donde se registra un peso de 3.9 kg y 52 cm, con zscore -0.1 clasificación Peso adecuado para la talla, se toma perímetro braquial encontrando 12 cm. Se determina que la niña se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con buena progresión de peso y talla y sale de la desnutrición.

Actualmente solo se encuentra con lactancia materna, aunque se formuló fórmula infantil pero no adquiere por falta de recursos. Próxima cita 21/04/2025 en Hospital Ana Antonio Chía. Se realiza educación alimentaria y nutricional, reforzando recomendaciones en lactancia materna y alimentación de la madre en lactancia. Seguimiento en 1 mes para revisar progresión.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual del niño con autorización de la nutricionista de la fundación, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2. Se realiza educación alimentaria y nutricional y recomendaciones para mantener la asistencia oportuna a las citas programadas y el esquema de vacunación al día.

La nutricionista de la fundación se compromete a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de Desnutrición en menores de 5 años por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y la fundación se comprometen a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	3 de 8

5. ANEXOS
Gracias por rellenar SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Esto es lo que se recibió. SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA En el siguiente enlace encontrará la información relacionada con sus seguimientos: https://app.powerbi.com/view?r=eyJpIjoiQATNAID7MIGQhZlUyY5ODNlVWw7ZWIMQDYwNDhMENDkSlw4CjEwMzQ5OTY0LTI0LmNzNGRmMjIhYjE4LTQwZTARYTFENWIMMhYjE0MjQ1B2 Correo * sofia.nutricionista@outlook.com 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO 1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento * Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sigvita y Mango) registre el nombre del menor. Geleiris Esther Chiquilla Gómez 1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento * Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sigvita y Mango) registre el documento del menor. 1023996093

1.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 8

Correo: Laura Sofia Gomez Bonilla - Outlook

1.3. Fecha del seguimiento *
DD MM AAAA
14 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *
Laura Sofia Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *
Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *
☒ Inicial
☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *
Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *
☒ - Menores de 6 meses
☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg
☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial
☐ - Con presencia edema al momento de la notificación
☐ - Con resultado negativo en la prueba de apéto
☒ - Con antecedente de hospitalización
☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer
☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)
☐ - Migrantes



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

5 de 8

Correo: Laura Sofia Gomez Borina - Outlook

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☒ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en: Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apéndice, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que reconsultan por DNT aguda (neonatales), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ Si

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Si

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

12

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☐ Si

☒ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☐ Si

☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	6 de 8

Correo: Laura Sofía Gómez Bonilla - Outlook

☐ SI
☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☐ SI
☒ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA
12 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Hospital Simón Bolívar

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

3.9

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

52

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-0.1

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA *

☒ Peso Adecuado para la Talla
☐ Riesgo de Desnutrición Aguda
☐ Desnutrición Aguda Moderada
☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ SI
☒ No

Intervenciones / Observaciones

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	7 de 8

Intervenciones / Observaciones *

Actualmente solo se encuentra con lactancia materna, aunque se formuló fórmula infantil pero no adquiere por falta de recursos. Próxima cita 21/04/2025 en Hospital Ana Antonio Chía. Se realiza educación alimentaria y nutricional, reforzando recomendaciones en lactancia materna y alimentación de la madre en lactancia. Seguimiento en 1 mes para revisar progresión.



2.

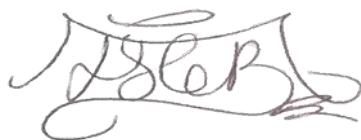
6. COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del	Laura Sofía	Por definir

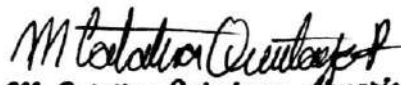
 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 8

proceso de recuperación del estado nutricional.	Gómez Bonilla	
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Catalina	Por definir

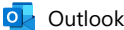
FIRMAS



Laura Sofía Gómez Bonilla
Nutricionista SAN-Salud Pública
CC:1019134248
Cel:3173346157


M Catalina Quimbayo Amario
Nutricionista Dietista
CC 1026590008
U Nacional





SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 17/04/2025 1:55 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

Geleinis Esther Chiquilla Gómez

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1023996093

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

14 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *

☒ - Menores de 6 meses

☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

☐ - Con presencia edema al momento de la notificación

☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito

☒ - Con antecedente de hospitalización

☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer

☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

☐ - Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.☒ - Ninguna**TIPO DE SEGUIMIENTO ***

Los seguimiento deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO☐ TELEFONICO**¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? ***☐ GRADO LEVE O MODERADO☐ GRADO SEVERIDAD☒ NO PRESENTA**VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL ***

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

12

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *☐ Sí☒ No**¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? ***☐ Sí☒ No**¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? ***

☐ Sí☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☐ Sí☒ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

12 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Hospital Simón Bolívar

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

3.9

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

52

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-0.1

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☒ Peso Adecuado para la Talla☐ Riesgo de Desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Sí☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Actualmente solo se encuentra con lactancia materna, aunque se formuló fórmula infantil pero no adquiere por falta de recursos. Próxima cita 21/04/2025 en Hospital Ana Antonio Chía. Se realiza educación alimentaria y nutricional, reforzando recomendaciones en lactancia materna y alimentación de la madre en lactancia. Seguimiento en 1 mes para revisar progresión.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [//drive.google.com/u/1/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/1/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 8

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA __

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS

ACTA N°	1	FECHA	14/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistachia@outlook.com
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
REALIZAR VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS RC 1023996093 GELEINIS ESTHER CHIQUILLA GÓMEZ NOTIFICADO EN EVENTO 113 SIVIGILA.				
2. ORDEN DEL DÍA				
1. SALUDO 2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA 3. MARCHA FINAL				
3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 8

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 3:00 p.m. se realizó la visita domiciliaria al niño RC 1033836521 JAMES DAVID MENDOZA BELTRAN en Fundación Significarte, iniciando con el saludo a nutricionista Catalina ... y la presentación, para continuar el caso de Desnutrición en menores de 5 años, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcx5JUSgIxshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por crecimiento y desarrollo el 30/03/2025, donde se registra un peso de 4.5 kg y 57 cm, con zscore -1.3 clasificación riesgo a desnutrición, se toma perímetro braquial encontrando 12 cm. Se determina que la niña se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con buena progresión de peso y talla y sale de la desnutrición.

Se encuentra en espera de entrega de fórmula infantil en EPS, ya se encuentra en riesgo a desnutrición, pero continúa en seguimiento por alto riesgo. Se realiza educación alimentaria y nutricional, con énfasis en lactancia materna.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual del niño con autorización de la nutricionista de la fundación, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2. Se realiza educación alimentaria y nutricional y recomendaciones para mantener la asistencia oportuna a las citas programadas y el esquema de vacunación al día.

La nutricionista de la fundación se compromete a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de Desnutrición en menores de 5 años por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y la fundación se comprometen a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 8

Correo: Laura Sofia Gomez Bonilla - Outlook

1.3. Fecha del seguimiento *
DD MM AAAA:
14 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *
Laura Sofia Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *
Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia

Tipo de seguimiento *
☒ Inicial
☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *
Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *
☒ - Menores de 6 meses
☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg
☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial
☐ - Con presencia edema al momento de la notificación
☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito
☒ - Con antecedente de hospitalización
☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer
☐ - Menores que reconsultan por DNT aguda (reincidentes)
☐ - Migrantes



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

5 de 8

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en: Menores de 6 meses; Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg; Mayores de 6 meses con menor de 11,5 cm de perímetro braquial; Con presencia edema al momento de la notificación; Con resultado negativo en la prueba de apéndice; Con antecedente de hospitalización; Con antecedente de bajo peso al nacer; Menores que se consultan por DINT aguda (reincidentes); Migrañas; Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☒ Si

☐ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Si

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

11.8

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☐ Si

☒ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☐ Si

☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	6 de 8

Correo: Laura Sofia Gómez Bonilla - Outlook

☒ Si
☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Si
☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA
30 / 03 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Hospital San Antonio Chía

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

4.5

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

57

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-1.8

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA *

☐ Peso Adecuado para la Talla
☒ Riesgo de Desnutrición Aguda
☐ Desnutrición Aguda Moderada
☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si
☒ No

Intervenciones / Observaciones

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	7 de 8

Correo: Laura Sofia Gomez Bonilla - Gubioak

Intervenciones / Observaciones *

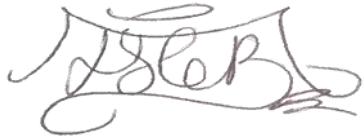
Se encuentra en espera de entrega de fórmula infantil en EPS, ya se encuentra en riesgo a desnutrición pero continúa en seguimiento por alto riesgo. Se realiza educación alimentaria y nutricional, con énfasis en lactancia materna.



2.

6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado nutricional.	Laura Sofía Gómez Bonilla	Por definir
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Catalina	Por definir

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 8

FIRMAS	
 Laura Sofía Gómez Bonilla Nutricionista SAN-Salud Pública CC:1019134248 Cel:3173346157	 M Catalina Quimbayo Amario Nutricionista Dietista CC 1026590008 U Nacional 



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 17/04/2025 2:17 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

James David Mendoza Beltrán

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1033836521

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

14 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

Inicial

De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *

☒ - Menores de 6 meses

☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

☐ - Con presencia edema al momento de la notificación

☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito

☒ - Con antecedente de hospitalización

☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer

☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

☐ - Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.☐ - Ninguna**TIPO DE SEGUIMIENTO ***

Los seguimiento deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO☐ TELEFONICO**¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? ***☒ Sí☐ No**¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? ***☐ GRADO LEVE O MODERADO☐ GRADO SEVERIDAD☒ NO PRESENTA**VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL ***

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

11.8

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *☐ Sí☒ No**¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? ***☐ Sí☒ No**¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? ***

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

30 / 03 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Hospital San Antonio Chía

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

4.5

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

57

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-1.8

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☐ Peso Adecuado para la Talla☒ Riesgo de Desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Se encuentra en espera de entrega de fórmula infantil en EPS, ya se encuentra en riesgo a desnutrición pero continúa en seguimiento por alto riesgo. Se realiza educación alimentaria y nutricional, con énfasis en lactancia materna.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/1/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/1/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 8

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA __

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS

ACTA N°	1	FECHA	14/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistachia@outlook.com
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
REALIZAR VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS RC 1023996093 GELEINIS ESTHER CHIQUILLA GÓMEZ NOTIFICADO EN EVENTO 113 SIVIGILA.				
2. ORDEN DEL DÍA				
1. SALUDO 2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA 3. MARCHA FINAL				
3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 8

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 3:00 p.m. se realizó la visita domiciliaria al niño RC 1033836521 JAMES DAVID MENDOZA BELTRAN en Fundación Significarte, iniciando con el saludo a nutricionista Catalina ... y la presentación, para continuar el caso de Desnutrición en menores de 5 años, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcx5JUSgIxshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por crecimiento y desarrollo el 30/03/2025, donde se registra un peso de 4.5 kg y 57 cm, con zscore -1.3 clasificación riesgo a desnutrición, se toma perímetro braquial encontrando 12 cm. Se determina que la niña se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con buena progresión de peso y talla y sale de la desnutrición.

Se encuentra en espera de entrega de fórmula infantil en EPS, ya se encuentra en riesgo a desnutrición, pero continúa en seguimiento por alto riesgo. Se realiza educación alimentaria y nutricional, con énfasis en lactancia materna.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual del niño con autorización de la nutricionista de la fundación, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2. Se realiza educación alimentaria y nutricional y recomendaciones para mantener la asistencia oportuna a las citas programadas y el esquema de vacunación al día.

La nutricionista de la fundación se compromete a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de Desnutrición en menores de 5 años por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y la fundación se comprometen a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 8

Correo: Laura Sofia Gomez Bonilla - Outlook

1.3. Fecha del seguimiento *
DD MM AAAA:
14 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *
Laura Sofia Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *
Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia

Tipo de seguimiento *
☒ Inicial
☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *
Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *
☒ - Menores de 6 meses
☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg
☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial
☐ - Con presencia edema al momento de la notificación
☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito
☒ - Con antecedente de hospitalización
☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer
☐ - Menores que reconsultan por DNT aguda (reincidentes)
☐ - Migrantes



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

5 de 8

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en: Menores de 6 meses; Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg; Mayores de 6 meses con menor de 11,5 cm de perímetro braquial; Con presencia edema al momento de la notificación; Con resultado negativo en la prueba de apéndice; Con antecedente de hospitalización; Con antecedente de bajo peso al nacer; Menores que se consultan por DINT aguda (reincidentes); Migrañas; Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☒ Si

☐ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Si

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

11.8

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☐ Si

☒ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☐ Si

☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	6 de 8

Correo: Laura Sofia Gómez Bonilla - Outlook

☒ Si
☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Si
☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA
30 / 03 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Hospital San Antonio Chía

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

4.5

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

57

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-1.8

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA *

☐ Peso Adecuado para la Talla
☒ Riesgo de Desnutrición Aguda
☐ Desnutrición Aguda Moderada
☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si
☒ No

Intervenciones / Observaciones

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	7 de 8

Correo: Laura Sofia Gomez Bonilla - Gubioak

Intervenciones / Observaciones *

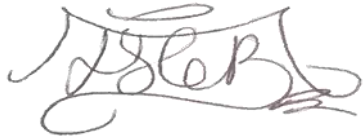
Se encuentra en espera de entrega de fórmula infantil en EPS, ya se encuentra en riesgo a desnutrición pero continúa en seguimiento por alto riesgo. Se realiza educación alimentaria y nutricional, con énfasis en lactancia materna.

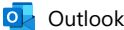


2.

6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado nutricional.	Laura Sofía Gómez Bonilla	Por definir
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Catalina	Por definir

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 8

FIRMAS	
 Laura Sofía Gómez Bonilla Nutricionista SAN-Salud Pública CC:1019134248 Cel:3173346157	 M Catalina Quimbayo Amario Nutricionista Dietista CC 1026590008 U Nacional 



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 17/04/2025 2:17 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

James David Mendoza Beltrán

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1033836521

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

14 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *

☒ - Menores de 6 meses

☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

☐ - Con presencia edema al momento de la notificación

☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito

☒ - Con antecedente de hospitalización

☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer

☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

☐ - Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.☐ - Ninguna**TIPO DE SEGUIMIENTO ***

Los seguimiento deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO☐ TELEFONICO**¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? ***☒ Sí☐ No**¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? ***☐ GRADO LEVE O MODERADO☐ GRADO SEVERIDAD☒ NO PRESENTA**VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL ***

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

11.8

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *☐ Sí☒ No**¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? ***☐ Sí☒ No**¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? ***

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

30 / 03 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Hospital San Antonio Chía

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

4.5

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

57

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-1.8

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☐ Peso Adecuado para la Talla☒ Riesgo de Desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Se encuentra en espera de entrega de fórmula infantil en EPS, ya se encuentra en riesgo a desnutrición pero continúa en seguimiento por alto riesgo. Se realiza educación alimentaria y nutricional, con énfasis en lactancia materna.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/1/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/1/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 8

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA__

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _ VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS

ACTA N°	1	FECHA	25/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistacia@outlook.com
	YANIRA ANDREA GARCIA CARDENAS	1072642298	MADRE DEL MENOR	-
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
REALIZAR VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS RC 1072681882 JOSE JERONIMO RAMIREZ GARCIA NOTIFICADO EN EVENTO 113 SIVIGILA				
2. ORDEN DEL DÍA				
1. SALUDO				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 8

2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA

3. MARCHA FINAL

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 5:30 p.m. se realizó la visita domiciliaria al niño RC 1072681882 JOSE JERONIMO RAMIREZ GARCIA, iniciando con el saludo y la presentación, para continuar el caso de Desnutrición en menores de 5 años, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPx1YLa0zWk5I_Qkcx5JUSgIxshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por crecimiento y desarrollo el 21/04/2025, donde se registra un peso de 6.7 kg y 70.3 cm, con zscore -2.8 clasificación Peso adecuado para la talla, se toma perímetro braquial encontrando 15 cm. Se determina que el niño se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con buena progresión de peso y talla, aún en desnutrición proteico-calórica moderada, por lo tanto, se mantiene el seguimiento.

Atendido en Hospital Universitario de la Samaritana Unidad funcional Zipaquirá programa canguro, solo entregan tratamiento por 7 días (se notifica a la institución), dejando 7 días pendiente por mipres, actualmente en manejo de desnutrición. Alimentación con fórmula infantil Similac 2, alimentación complementaria con proteínas, huevo, harinas, frutas, verduras, granos, queso, yogurt. Se realiza alimentación alimentaria y nutricional y se recuerda la importancia de asistir a controles programados por IPS y mantener esquema de vacunación al día.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual del niño con autorización de los padres, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2. Se realiza educación alimentaria y nutricional y recomendaciones para mantener la asistencia oportuna a las citas programadas y el esquema de vacunación al día.

Los padres del menor se comprometen a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN



ACTA DE REUNION

SIG-FT-01-V3

3 de 8

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de Desnutrición en menores de 5 años por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y los padres se comprometen a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

Gracias por rellenar SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE
INTERES DE LA DIMENSIÓN DE
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y
NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE
SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrará la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view?>

5ZihLTdmNzAAG5mMC1hYBRlTY0ZTA2YTFENWMEIyplmMC0R9

Corteo®

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información del cual aparece en la base enviada. Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Demuestra agudeza en menor de 5 años (Singla y Mingo) registre el nombre del menor.

José Jerónimo Ramírez García

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al hacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Divigia y Mango) registre el documento del menor.

1072681882

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 8

1.3. Fecha del seguimiento * DD MM AAAA 25 / 04 / 2025
1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento * Laura Sofia Gómez Bonilla
1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento * Nutricionista
1.6. Seleccione el evento del seguimiento * 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigia
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigia
Tipo de seguimiento * ☒ Inicial ☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigia - Seguimiento Inicial
Tipo de régimen en salud * Contributivo
CONDICIÓN DEL MENOR * ☐ - Menores de 6 meses ☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg ☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial ☐ - Con presencia edema al momento de la notificación ☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito ☐ - Con antecedente de hospitalización ☒ - Con antecedente de bajo peso al nacer ☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes) ☐ - Migrantes



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

5 de 8

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna.

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en: Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial, Con presencia además al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apéndice, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que se consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ Si

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Si

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA.

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

12.5

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☐ Si

☒ No

¿LA FTLC SE ENTREGÓ DE FORMA OPORTUNA? *

☒ Si

☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	6 de 8

Correo: Laura Sofia Gomez Bonilla - Outlook

☒ Si
☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Si
☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

21 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Hospital de la Samaritana-UFZ

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

6.7

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

70.3

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-2.8

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA *

☐ Peso Adecuado para la Talla
☐ Riesgo de Desnutrición Aguda
☒ Desnutrición Aguda Moderada
☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si
☒ No

Intervenciones / Observaciones



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

7 de 8

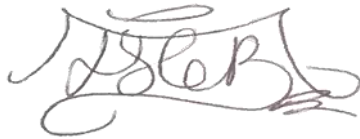
Intervenciones / Observaciones *

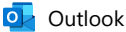
Atendido en Hospital Universitario de la Samaritana Unidad funcional Zipaquirá programa canguro, solo entregan tratamiento por 7 días (se notifica a la institución), dejando 7 días pendiente por miples, actualmente en manejo de desnutrición. Alimentación con fórmula infantil Similac 2, alimentación complementaria con proteínas, huevo, harinas, frutas, verduras, granos, queso, yogurt. Se realiza alimentación alimentaria y nutricional y se recuerda la importancia de asistir a controles programados por IPS y mantener esquema de vacunación al día.



2.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 8

6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado nutricional.	Laura Sofía Gómez Bonilla	Por definir
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Yanira Andrea García Cárdenas	Por definir
FIRMAS		
 Yanira Andrea García Cárdenas Cc 1072642293 Madre José Jerónimo Ramírez García _____ Laura Sofía Gómez Bonilla Nutricionista SAN-Salud Pública CC:1019134248 Cel:3173346157		



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 25/04/2025 7:07 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

José Jerónimo Ramírez García

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072681882

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

25 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *



Inicial



De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CONDICIÓN DEL MENOR *



- Menores de 6 meses



- Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg



- Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial



- Con presencia edema al momento de la notificación



- Con resultado negativo en la prueba de apetito



- Con antecedente de hospitalización



- Con antecedente de bajo peso al nacer



- Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)



- Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.☐ - Ninguna**TIPO DE SEGUIMIENTO ***

Los seguimientos deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que reconsultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO☐ TELEFONICO**¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? ***☐ GRADO LEVE O MODERADO☐ GRADO SEVERIDAD☒ NO PRESENTA**VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL ***

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

12.5

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *☐ Sí☒ No**¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? ***☒ Sí☐ No**¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? ***

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

21 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Hospital de la Samaritana-UFZ

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

6.7

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

70.3

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-2.8

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☐ Peso Adecuado para la Talla☐ Riesgo de Desnutrición Aguda☒ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Atendido en Hospital Universitario de la Samaritana Unidad funcional Zipaquira programa canguro, solo entregan tratamiento por 7 días (se notifica a la institución), dejando 7 días pendiente por mipres, actualmente en manejo de desnutrición. Alimentación con fórmula infantil Similac 2, alimentación complementaria con proteínas, huevo, harinas, frutas, verduras, granos, queso, yogurt. Se realiza alimentación alimentaria y nutricional y se recuerda la importancia de asistir a controles programados por IPS y mantener esquema de vacunación al día.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/1/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/1/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 8

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA__

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _ VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS

ACTA N°	1	FECHA	25/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistac hia@outlook.com
	LUZ NELLY CHITIVA BERMUDEZ	1072682009	MADRE DE LA MENOR	-
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
REALIZAR VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS RC 1072682009 MEILY DANIELA MOLINA CHITIVA NOTIFICADO EN EVENTO 113 SIVIGILA				
2. ORDEN DEL DÍA				
1. SALUDO				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 8

2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA

3. MARCHA FINAL

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 5:30 p.m. se realizó la visita domiciliaria a la niña RC 1072682009 MEILY DANIELA MOLINA CHITIVA, iniciando con el saludo y la presentación, para continuar el caso de Desnutrición en menores de 5 años, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPx1YLa0zWk5I_Qkcx5JUSgIxshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

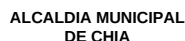
A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por crecimiento y desarrollo el 25/04/2025, donde se registra un peso de 6.4 kg y 69 cm, con zscore -2.5 clasificación Peso adecuado para la talla, se toma perímetro braquial encontrando 15 cm. Se determina que el niño se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con buena progresión de peso y talla, aun en desnutrición, por lo tanto, se continúa seguimiento.

Paciente en ruta de desnutrición con prueba de apetito positiva FTLC pumplynut 1 sobre en el día, ganancia de peso y talla, aun en desnutrición proteicocalórica moderada. Alimentación con nestógeno etapa 2, 5 tomas de 4 onzas, fórmula infatrini por mipres aun sin reclamar por autorización pendiente. No lactancia materna desde los 8 meses le dejó de gustar. Alimentación complementaria con alimentos y consistencias acordes a la edad. Próxima cita Plan Madre Canguro el 16/05/2025 en Calle 51 Bogotá Cafam, próxima cita nutricionista 26/05/2025. Se brinda educación y asesoría en lactancia y la alimentación complementaria, la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual del niño con autorización de los padres, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2. Se realiza educación alimentaria y nutricional y recomendaciones para mantener la asistencia oportuna a las citas programadas y el esquema de vacunación al día.

Los padres del menor se comprometen a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.



ACTA DE REUNION

SIG-FT-01-V3

3 de 8

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÒN

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de Desnutrición en menores de 5 años por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y los padres se comprometen a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

5. ANEXOS

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrará la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view?>

<https://doi.org/10.1002/anie.201910000>

Correo®

sofia.nutricion@stachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información del cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Singla y Mungo) registre el nombre del menor.

MEILY DANIELA MOLINA CHITIVA

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información del cual aparece en la base enviada. Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Stigila y Mango) registre el documento del menor.

1072682009

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 8

1.3. Fecha del seguimiento * DD MM AAAA 25 / 04 / 2025
1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento * LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA
1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento * Nutricionista
1.6. Seleccione el evento del seguimiento * 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia
Tipo de seguimiento * ☒ Inicial ☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia - Seguimiento Inicial
Tipo de régimen en salud * Contributivo
CONDICIÓN DEL MENOR * ☐ - Menores de 6 meses ☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg ☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,6 cm de perímetro braquial ☐ - Con presencia edema al momento de la notificación ☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito ☒ - Con antecedente de hospitalización ☒ - Con antecedente de bajo peso al nacer ☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes) ☐ - Migrantes



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

5 de 8

Control: Cabral Sonia Gomez Bonilla - Outlook

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en: Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menor de 11,5 cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apéndice, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que reconsultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ SI

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ SI

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

13

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☐ SI

☒ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☐ SI

☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	6 de 8

Correo: Laura Sofia Gómez Bonilla - Outlook

☒ Si
☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Si
☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

25 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

IPS CAFAM

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

54

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

69

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-2.5

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA *

☐ Peso Adecuado para la Talla
☐ Riesgo de Desnutrición Aguda
☒ Desnutrición Aguda Moderada
☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si
☒ No

Intervenciones / Observaciones

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	7 de 8

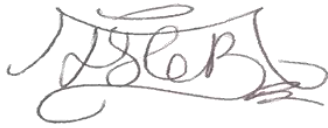
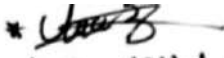
Intervenciones / Observaciones *

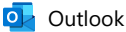
Paciente en ruta de desnutrición con prueba de apetito positiva FTLC pumlynut 1 sobre en el día, ganancia de peso y talla, aun en desnutrición proteicoenergética moderada. Alimentación con nestogéno etapa 2, 5 tomas de 4 onzas, fórmula Infatini por miples aun sin reclamar por autorización pendiente. No lactancia materna desde los 8 meses, le dejó de gustar. Alimentación complementaria con alimentos y consistencias acordes a la edad. Próxima cita Plan Madre Canguro el 16/05/2025 en Calle 51 Bogotá Cafam, próxima cita nutricionista 26/05/2025. Se brinda educación y asesoría en lactancia y la alimentación complementaria, la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación.



2.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 8

6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado nutricional.	Laura Sofía Gómez Bonilla	Por definir
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Luz Nelly Chitiva Bermúdez	Por definir
FIRMAS		
 Laura Sofía Gómez Bonilla Nutricionista SAN-Salud Pública CC:1019134248 Cel:3173346157  * Luz Nelly Chitiva Bermúdez * 1012-659-225 * Henry Daniela Molina Chitiva * 1-072-682-009.		



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 2/05/2025 6:28 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

MEILY DANIELA MOLINA CHITIVA

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072682009

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

25 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CONDICIÓN DEL MENOR *

☐ - Menores de 6 meses

☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

☐ - Con presencia edema al momento de la notificación

☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito

☒ - Con antecedente de hospitalización

☒ - Con antecedente de bajo peso al nacer

☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

☐ - Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimiento deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

13

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☐ Sí

☒ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☐ Sí

☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

25 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

IPS CAFAM

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

6.4

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

69

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-2.5

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☐ Peso Adecuado para la Talla☐ Riesgo de Desnutrición Aguda☒ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Paciente en ruta de desnutrición con prueba de apetito positiva FTLC pumplynut 1 sobre en el día, ganancia de peso y talla, aun en desnutrición proteicocalórica moderada. Alimentación con nestógeno etapa 2, 5 tomas de 4 onzas, fórmula infatrini por miples aun sin reclamar por autorización pendiente. No lactancia materna desde los 8 meses, le dejó de gustar. Alimentación complementaria con alimentos y consistencias acordes a la edad. Proxima cita Plan Madre Canguro el 16/05/2025 en Calle 51 Bogotá Cafam, próxima cita nutricionista 26/05/2025. Se brinda educación y asesoría en lactancia y la alimentación complementaria, la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 8

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA __

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS

ACTA N°	1	FECHA	14/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistac hia@outlook.com
	DANIELA MURILLO ESPITIA	1078372316	MADRE DEL MENOR	
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS RC 1072682058 EMMA CELESTE CORREAL MURILLO NOTIFICADO EN EVENTO 113 SIVIGILA				
2. ORDEN DEL DÍA				
1. SALUDO				
2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 8

3. MARCHA FINAL

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 11:30 a.m. se realizó la visita domiciliaria la niña RC 1072682058 EMMA CELESTE CORREAL MURILLO, iniciando con el saludo y la presentación, para continuar el caso de Desnutrición en menores de 5 años, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcx5JUSgIxshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por crecimiento y desarrollo el 11/04/2025, donde se registra un peso de 6.7 kg y 68 cm, con zscore -1.2 clasificación Riesgo a desnutrición, se toma perímetro braquial encontrando 12.5 cm. Se determina que el niño se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con buena progresión de peso y talla y sale de la desnutrición.

Actualmente consume FTLC e infatrini con buena tolerancia, lactancia materna y alimentación complementaria consume todos los alimentos excepto fresas, moras, actualmente consume leche entera y yogurt griego. Próxima cita pendiente de agenda. Se realiza educación alimentaria y nutricional, se refuerza la importancia de lactancia materna y alimentación complementaria acorde a la edad, recordando que para la edad no se recomienda leche entera y yogurt griego. Se recuerda asistir a todas sus citas de seguimiento al crecimiento y desarrollo, así como las que el profesional en pediatría crea pertinentes.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual de la niña con autorización de los padres, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2. Se realiza educación alimentaria y nutricional y recomendaciones para mantener la asistencia oportuna a las citas programadas y el esquema de vacunación al día.

Los padres del menor se comprometen a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN



ACTA DE REUNION

SIG-FT-01-V3

3 de 8

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de Desnutrición en menores de 5 años por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y los padres se comprometen a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

Gracias por rellenar SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrará la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view?>

T-gyIdIdMDARNWQRMQCHLkY500NWQxLWEwZAMMDYwNDEMFINDxdlwkdC15ltMzQ
5ZhlTdmNzANGRmMC1hYBxLTYDZTA1NTEFNWMSYslmMIOB9

Colteco[®]

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información del cual aparece en la base enviada. Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mingo) registre el nombre del menor.

Emma Celeste Correal Murillo

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Stigila y Mengo) registre el documento del menor.

1072682058

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 8

1.3. Fecha del seguimiento * DD MM AAAA 14 / 04 / 2025
1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento * Laura Sofia Gómez Bonilla
1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento * Nutricionista
1.6. Seleccione el evento del seguimiento * 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia
Tipo de seguimiento * ☒ Inicial ☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Siviglia - Seguimiento Inicial
Tipo de régimen en salud * Subsidado
CONDICIÓN DEL MENOR * ☐ - Menores de 6 meses ☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg ☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial ☐ - Con presencia edema al momento de la notificación ☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito ☒ - Con antecedente de hospitalización ☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer ☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes) ☐ - Migrantes



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

5 de 8

Correo: Laura Sofia Gómez Bonilla - Outlook

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en: Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apéndice, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que reconsultan por DNT aguda (neinfectados), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ Si

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Si

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

12.5

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☒ Si

☐ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☐ Si

☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	6 de 8

Correo: Laura Sofia Gómez Bonilla - Outlook

☒ SI
☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ SI
☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA
11 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Compensar IPS Chía

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

5.7

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

58

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-1.2

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA *

☐ Peso Adecuado para la Talla
☒ Riesgo de Desnutrición Aguda
☐ Desnutrición Aguda Moderada
☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ SI
☒ No

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	7 de 8

Correo: Laura Sofia Gomez Bonilla - Oobrouk

Intervenciones / Observaciones *

Buen progreso peso y talla. Actualmente consume FTLC e infabini con buena tolerancia, lactancia materna y alimentación complementaria consume todos los alimentos excepto fresas, moras, actualmente consume leche entera y yogurt griego. Próxima cita pendiente de agendar. Se realiza educación alimentaria y nutricional, se refuerza la importancia de lactancia materna y alimentación complementaria acorde a la edad, recordando que para la edad no se recomienda leche entera y yogurt griego. Se recuerda asistir a todas sus citas de seguimiento al crecimiento y desarrollo, así como las que el profesional en pediatría crea pertinentes.

2.



3.

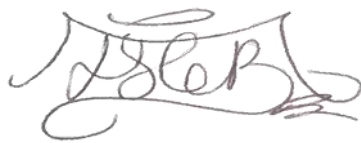
6. COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado	Laura Sofía Gómez Bonilla	Por definir

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 8

nutricional.		
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Daniela Murillo Espitia	Por definir

FIRMAS



Laura Sofía Gómez Bonilla
Nutricionista SAN-Salud Pública
CC:1019134248
Cel:3173346157



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 17/04/2025 12:52 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

Emma Celeste Correal Murillo

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072682058

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

14 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *

☐ - Menores de 6 meses

☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

☐ - Con presencia edema al momento de la notificación

☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito

☒ - Con antecedente de hospitalización

☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer

☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

☐ - Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

12.5

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☒ Sí

☐ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☐ Si

☒ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

11 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Compensar IPS Chía

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

6.7

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

68

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-1.2

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☐ Peso Adecuado para la Talla☒ Riesgo de Desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Burn progreso peso y talla. Actualmente consume FTLC e infatrin con buena tolerancia, lactancia materna y alimentación complementaria consume todos los alimentos excepto fresas, moras, actualmente consume leche entera y yogurt griego. Próxima cita pendiente de agendar. Se realiza educación alimentaria y nutricional, se refuerza la importancia de lactancia materna y alimentación complementaria acorde a la edad, recordando que para la edad no se recomienda leche entera y yogurt griego. Se recuerda asistir a todas sus citas de seguimiento al crecimiento y desarrollo, así como las que el profesional en pediatría crea pertinentes.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/1/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/1/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 8

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA __

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _ VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS

ACTA N°	1	FECHA	24/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistacia@outlook.com
	PEDRO ENRIQUE CERVANTES PACHECO	1002024970	MADRE DEL MENOR	-
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
REALIZAR VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS 1002024970 NOTIFICADO EN EVENTO 113 SIVIGILA				
2. ORDEN DEL DÍA				
1. SALUDO				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 8

2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA

3. MARCHA FINAL

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 5:30 p.m. se realizó la visita domiciliaria al niño RC 1072681882 JOSE JERONIMO RAMIREZ GARCIA, iniciando con el saludo y la presentación, para continuar el caso de Desnutrición en menores de 5 años, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPx1YLa0zWk5I_Qkcx5JUSgXshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por pediatría el 23/04/2025, donde se registra un peso de 5.8 kg y 66.5 cm, con zscore -3.26 clasificación desnutrición proteicocalórica severa, se toma perímetro braquial encontrando 11.8 cm. Se determina que el niño se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con progresión de peso y talla, aún en desnutrición proteico-calórica severa, por lo tanto, se mantiene el seguimiento.

Prueba de apetito positiva, por lo tanto, se encuentra en manejo ambulatorio. Aumento de 900 gramos y 2.5 cm desde manejo ambulatorio. Actualmente alimentación con fórmula Baby Klim 2, 4 onzas cada 3 horas y alimentación complementaria con alimentos y consistencias adecuadas para la edad. Próxima cita pediatría 23/05/2025, pendiente de agendamiento cita de nutrición. Se brinda educación y asesoría en la alimentación complementaria, la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual del niño con autorización de los padres, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2. Se realiza educación alimentaria y nutricional y recomendaciones para mantener la asistencia oportuna a las citas programadas y el esquema de vacunación al día.

Los padres del menor se comprometen a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN



ACTA DE REUNION

SIG-FT-01-V3

3 de 8

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de Desnutrición en menores de 5 años por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y los padres se comprometen a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

Gracias por rellenar SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrará la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view?>

[TnryJdIcIMDAADNWQ2M3Q8h7Y800NNGdWEwZAMMDQYwNDEMFENDk4IwGQ6IMMzQ](#)
[5ZihLTdmNzAqV8mMC1hYBmLTYPZTA2YTFENWMSMyajmIMQIR9](#)

Conteo®

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

(Registre la información la cual aparece en la base enviada. Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigla y Mingo) registre el nombre del menor.

Gael Abdala Cervantes Pertuz

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información del cual aparece en la base enviada. Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 115 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Siviglia y Mango) registre el documento del menor.

1072682257

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 8

Conced: Laura Sofia Gomez Bonilla - Outlook

1.3. Fecha del seguimiento *
DD MM AAAA
24 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *
Laura Sofia Gomez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *
Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *
113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Vigilia

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Vigilia

Tipo de seguimiento *
☒ Inicial
☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Vigilia - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *
Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *
☐ - Menores de 6 meses
☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg
☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial
☐ - Con presencia edema al momento de la notificación
☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito
☒ - Con antecedente de hospitalización
☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer
☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)
☐ - Migrantes



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

5 de 8

Correo: Laura Sofia Gómez Bonilla - Outlook

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en: Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apéndice, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que reconsultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ SI

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ SI

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

11.8

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☒ SI

☐ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☒ SI

☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	6 de 8

Control: Laura Jossé Gómez Contró - Control

☒ Si
☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Si
☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA
23 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SABANA-UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

58.90

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

66.5

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-3.26

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA *

☐ Peso Adecuado para la Talla
☐ Riesgo de Desnutrición Aguda
☐ Desnutrición Aguda Moderada
☒ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si
☒ No

Intervenciones / Observaciones



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

7 de 8

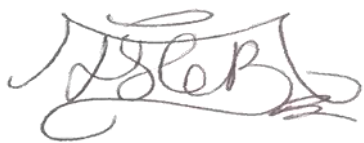
Intervenciones / Observaciones *

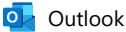
Prueba de apetito positiva, por lo tanto el paciente se encuentra en manejo ambulatorio. Aumento de 900 gramos y 2.5 cm desde manejo ambulatorio. Actualmente alimentación con fórmula Baby Kim 2, 4 onzas cada 3 horas y alimentación complementaria con alimentos y consistencias adecuadas para la edad. Próxima cita pediatría 23/05/2025, pendiente de agendamiento cita de nutrición. Se brinda educación y asesoría en la alimentación complementaria, la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación. Próximo seguimiento del caso en 1 mes.



2.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 8

6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado nutricional.	Laura Sofía Gómez Bonilla	Por definir
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Pedro Enrique Cervantes Pacheco	Por definir
FIRMAS		
  1.002.024.970 8/11a		
_____ Laura Sofía Gómez Bonilla Nutricionista SAN-Salud Pública CC:1019134248 Cel:3173346157		



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 6:36 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

Gael Abdala Cervantes Pertuz

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072682257

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

24 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *

☐ - Menores de 6 meses

☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

☐ - Con presencia edema al momento de la notificación

☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito

☒ - Con antecedente de hospitalización

☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer

☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

☐ - Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☐ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO

☐ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

11.8

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☒ Sí

☐ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☒ Si

☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

23 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SABANA-UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

5890

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

66.5

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-3.26

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☐ Peso Adecuado para la Talla☐ Riesgo de Desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada☒ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Prueba de apetito positiva, por lo tanto el paciente se encuentra en manejo ambulatorio. Aumento de 900 gramos y 2.5 cm desde manejo ambulatorio. Actualmente alimentación con fórmula Baby Klim 2, 4 onzas cada 3 horas y alimentación complementaria con alimentos y consistencias adecuadas para la edad. Próxima cita pediatría 23/05/2025, pendiente de agendamiento cita de nutrición. Se brinda educación y asesoría en la alimentación complementaria, la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación. Próximo seguimiento del caso en 1 mes.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 15

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA __

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro

X

ACTA N°	1	FECHA	28/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistacia@outlook.com
	KATHERIN ANDREA PINZON CHACON	1005770838	MADRE DEL MENOR	paolapinzon1992@gmail.m
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS JUAN DAVID SÁNCHEZ PINZÓN NOTIFICADO EN EVENTO 113 SIVIGILA Y SUJETO DE DERECHO DE PETICION – ATENCION POR CICLOS DE VIDA Y NUTRICION SIM 1764541685				
2. ORDEN DEL DÍA				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 15

1. SALUDO
2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA
3. MARCHA FINAL

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 5:30 p.m. se realizó la visita domiciliaria al niño JUAN DAVID SÁNCHEZ PINZÓN identificado con RC 1072682454, iniciando con el saludo y la presentación, para continuar el caso de Desnutrición en menores de 5 años, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcy5JUSgLxshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por nutrición el 23/04/2025 y por pediatría el 25/04/2025, con cita agendada para pediatría nuevamente el 09 de mayo de 2025 a las 5:40 a.m. y trabajo social el 22 de mayo de 2025 a las 5:20 p.m., cita de nutrición pendiente por agendar. Por lo tanto, se determina que se encuentra en seguimiento oportuno por IPS Centros Médicos Colsanitas sede Chía y Sanitas EPS. En el Anexo 2 se encuentran todos los soportes de citas médicas y carné de vacunación.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual del niño con autorización de los padres, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 3. Se realiza educación alimentaria y nutricional y recomendaciones para mantener la asistencia oportuna a las citas programadas y el esquema de vacunación al día.

Los padres del menor se comprometen a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de Desnutrición en menores de 5 años por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y los padres se comprometen a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	3 de 15

5. ANEXOS
SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoIMDA0NWQ2MGQhMzUzYS00NWQxLWEwZWYwNDhIMjEiLCJjb2IjOiJkMzQ5ZjhiLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTY0ZTA2YTFINWM5MyIsImMiOiR9 Correo * <u>sofia.nutricionistachia@outlook.com</u> 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO 1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento * Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor. <u>Juan David Sánchez Pinzón</u> 1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento * Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor. <u>1072682454</u> 1.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 15

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CONDICIÓN DEL MENOR *

☒ - Menores de 6 meses
☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg
☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial
☐ - Con presencia edema al momento de la notificación
☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito
☒ - Con antecedente de hospitalización
☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer
☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)
☐ - Migrantes
☐ - Menores sin seguridad social en salud.
☐ - Ninguna

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	5 de 15

TIPO DE SEGUIMIENTO * Los seguimientos deben ser presenciales en: Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que reconsultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud. ☒ DOMICILIARIO ☐ TELEFÓNICO
¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? * ☐ Sí ☒ No
¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? * ☐ Sí ☒ No
¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? * ☐ GRADO LEVE O MODERADO ☐ GRADO SEVERIDAD ☒ NO PRESENTA
VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL * Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base 13.5

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	6 de 15

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? * ☒ Sí ☐ No	
¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? * ☒ Si ☐ No	
¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? * ☒ Sí ☐ No	
¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? * ☒ Sí ☐ No	
FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS * DD MM AAAA 25 / 04 / 2025	
NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL * Centros Médicos Colsanitas sede Chía	

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	7 de 15

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) * 5.7
TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) * 63.3
Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS * -2.3
CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA * ☐ Peso Adecuado para la Talla ☐ Riesgo de Desnutrición Aguda ☒ Desnutrición Aguda Moderada ☐ Desnutrición Aguda Severa
¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? * ☐ Si ☒ No
Intervenciones / Observaciones Intervenciones / Observaciones * Menor con ganancia de peso y talla aún en desnutrición proteicoenergética moderada, en seguimiento oportuno por la IPS y EPS, alimentación mediante fórmula Alula Gold PDF 0-12 meses 4 onzas cada 3 horas, buena tolerancia y lactancia materna a libre demanda. Se realiza educación alimentaria y nutricional y se recuerda la importancia de la asistencia a las citas médicas, así como mantener al día el esquema de vacunación.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 15

2.

CENTRO MEDICO CHIA

RECOMENDACIONES GENERALES No. 2025042562054080

NIT: 9010416913
Av Pradilla N° 5-31/ C.C Plaza Mayor Local 201. Teléfono: 6014871929
Primer apellido: SANCHEZ Segundo apellido: PINZON
Primer nombre: JUAN Segundo nombre: DAVID
Identificación: RC 1072682454 - Sexo: Masculino - Edad: 6 Meses
Fecha de nacimiento: 2024/11/16

BOGOTÁ D.C.
2025-04-25 15:53
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1495486-1-3
Historia Clínica: 1072682454
Tipo de Usuario: Otro

RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA
Intervenciones: CITA CONTROL PEDIATRIA EN 2 SEMANAS. RUTA DESNUTRICIÓN. CONTROL POR TRABAJO SOCIAL.

Pediatría
9 mayo
5:40 pm

trabajo social
22 mayo
5:20 pm

DATOS DEL MÉDICO

Centros Médicos
Colson 205
CENTRO MEDICO CHIA
NIT: 9010416913
Av. Pradilla N° 5-31-17 Local 201
Centro Comercial Plaza Mayor

Patricia Remedios Linares Zabaleta - Pediatría
CC 55302220 - Registro médico 55302220
- Impreso: 25/04/2025, 16:25:54

Original

Impresión realizada por: plinares

Página 1 de 2

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	9 de 15

INTERCONSULTA

CENTRO MEDICO CHIA
SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025042335495443

Fecha: 2025-04-23 12:24
DATOS DEL PRESTADOR
NIT: 9010416913
Código: 251750393504
Dirección: Av Pradilla N° 5-31/ C.C Plaza Mayor Local 201 - Teléfono: 6014871929
Departamento: 11-BOGOTÁ D.C. - Municipio: 001-BOGOTÁ D.C.
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: 1005770838 - Identificación: CC 1005770838
Dirección: VRDA LA BALSA - Teléfono(s): 3134765769 - Municipio: 175-CHIA
Departamento: 25-CUNDINAMARCA

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente:	Consulta Externa	
Interconsulta a:	Nutrición Humana	Prioridad: No prioritario
Motivo referencia:	Por solicitud del médico tratante	
	AMBULATORIA	

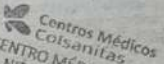
Resumen de historia clínica
Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: Concepto complementario para toma de decisión en el tratamiento actual (EPS)
Lactante menor masculino de 5 meses y 6 días con denutrición crónica agudizada moderada

Observaciones: Control en 1 mes de nutrición.

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).


CENTRO MEDICO CHIA
NIT: 901041691-3
Av. Pradilla # 5-31 - 57 Local 201
Centro Comercial Plaza Mayor

ORDEN MÉDICA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN
Por favor comunicarse con CENTRO MEDICO CHIA
AV PRADILLA # 31 CENTRO COMERCIAL PLAZA MAYOR LOCAL 201, 4871929, CHIA - CUNDINAMARCA

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MEDICO

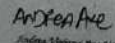
Andrea Ave
Andrea Viviana Ave Vega
Nutrición Humana
CC-1032391555 - Registro médico 1032391555
- Impreso: 23/04/2025, 12:47:12

Impresión realizada por: avave Página: 1 de: 3

Original

Firmado Electrónicamente

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	10 de 15

CENTRO MEDICO CHIA		INTERCONSULTA
SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025042335495443		
NIT. 9010415913	NUMERO DE APROBACION: 16100834	
Dirección: Av Pradilla N° 5-31/ C.C Plaza Mayor Local 201 - Teléfono: 6014871929	BOGOTÁ D.C.	
Primer Apellido: SANCHEZ	2025-04-23 12:24	
Primer nombre: JUAN	Carné: 10-1495486-1-3 - Historia Clínica: 1072682454	
Identificación: RC 1072682454 - Sexo: Masculino - Edad: 5 Meses	Historia Clínica: 1072682454	
Fecha de nacimiento: 2024/11/18	Tipo de Usuario: Otro	
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA		
MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL		
Información suministrada por: Madre, Catherine Pinzon. Motivo de consulta: Paciente que asiste por primera vez a consulta de nutrición remitido por pediatría. Niega nexo con personas confirmadas para Covid-19. Consulta realizada con los elementos de protección personal suministrados por la Eps y se realiza lavado de manos siguiendo los pasos de OMS. Enfermedad Actual: Lactante menor masculino de 5 meses y 6 días con desnutrición crónica agudizada moderada.		
ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN		
Lactante menor masculino de 5 meses y 6 días asiste a primera vez por nutrición en compañía de mamá Catherine Pinzon, antecedentes nacimiento semana 37/2590g/46cm, antecedentes familiares madre en el embarazo preeclampsia. Valoración Pediatría 12/04/25 activa ruta desnutrición, hospitalización. Paradclínicos glicemia, hematócrito y hemoglobina normal. Antropometría por graficas manuales z-score: P. Cefalico/E: (+2/-2) Normal P/L: (-2/-3ds) Peso bajo para la longitud L/E: (-1/-2ds) Riesgo de baja longitud para la edad IMC/E: (-2/-3ds) delgadez Diagnóstico nutricional desnutrición crónica agudizada moderada con referencia al control de pediatría 12/04/25 presenta adecuada ganancia de peso de 640g (12%) 64g/día y aumento 1cm de longitud logrando mejorar estado nutricional. Se entrega plan de alimentación y recomendaciones nutricionales de alimentación acorde a la edad con el objetivo de mejorar estado nutricional, adecuar hábitos de alimentación para garantizar un adecuado crecimiento del menor con énfasis en fraccionamiento, horarios de comidas, tamaño de porciones por grupos de alimentos y se realiza educación alimentaria y nutricional. Control por nutrición en 1 mes con meta de evaluar indicadores y curvas antropométricas p/l, l/e, ganancia de peso, conceptos medicos y adherencia a indicaciones nutricionales y determinar conducta a seguir. Acompañante manifiesta entender las indicaciones dadas.		
DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Principal: Control de salud de rutina del niño (Z001). Clasificación Nutricional: Desnutrición aguda moderada. Confirmado repetido. Causa Externa: Otra Diagnóstico Asociado 1: Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta (Z713). Confirmado repetido. Diagnóstico Asociado 2: Desnutrición proteocalórica moderada (E440). Confirmado repetido. Diagnóstico Asociado 3: Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (R62B). Confirmado repetido.		
ORDEN MÉDICA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN		
Por favor comunicarse con CENTRO MEDICO CHIA		
AV PRADILLA 5 31 CENTRO COMERCIAL PLAZA MAYOR LOCAL 201, 4871929, CHIA - CUNDINAMARCA		
"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"		
DATOS DEL MÉDICO		
 Andrea Viviana Ave - Nutricion Humana CC 1032391555 - Registro médico 1032391555 - Impreso: 23/04/2025, 12:47:12		
Original Impresión realizada por: avave		
Página 2 de 3		
Firmado Electrónicamente		



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

12 de 15

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: JUAN DAVID
SANCHEZ PINZON

Número de Documento: 1072682454

Tipo de Documento: ☒ ☐ ☐ No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 16 / 11 / 2024

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 2590gr Talla: 48cm

Dirección: Verrda la Balsa

Teléfono 1: 313 476 5769

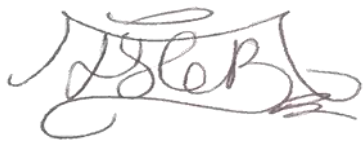
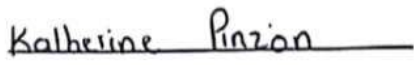
Teléfono 2: 3122297871

Responsable: Katherine Andrea Pinzon

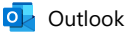
Municipio de residencia: Chía

Departamento: Cundinamarca

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	14 de 15

6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado nutricional.	Laura Sofía Gómez Bonilla	28/05/2025
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Katherine Andrea Pinzón Chacón	28/05/2025
FIRMAS		
 Laura Sofía Gómez Bonilla Nutricionista SAN-Salud Pública CC:1019134248 Cel:3173346157  Katherine Andrea Pinzón Chacón CC: 7005770838 TI: 3134765769 Juan David Sanchez Pinzón CC: 7072682454 correo PaolaPinzon1992@gmail.com		

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	15 de 15



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 9:38 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MyIsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

Juan David Sánchez Pinzón

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072682454

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

28 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

Inicial

De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CONDICIÓN DEL MENOR *

☒ - Menores de 6 meses

☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

☐ - Con presencia edema al momento de la notificación

☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito

☒ - Con antecedente de hospitalización

☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer

☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

☐ - Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.☐ - Ninguna**TIPO DE SEGUIMIENTO ***

Los seguimiento deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☒ DOMICILIARIO☐ TELEFONICO**¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? ***☐ GRADO LEVE O MODERADO☐ GRADO SEVERIDAD☒ NO PRESENTA**VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL ***

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

13.5

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *☒ Sí☐ No**¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? ***☒ Si☐ No**¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? ***

☒ Sí

☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí

☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

25 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

Centros Médicos Colsanitas sede Chía

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

5.7

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

63.3

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-2.3

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA *

☐ Peso Adecuado para la Talla

☐ Riesgo de Desnutrición Aguda

☒ Desnutrición Aguda Moderada

☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si

☒ No

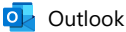
Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Menor con ganancia de peso y talla aún en desnutrición proteicocalórica moderada, en seguimiento oportuno por la IPS y EPS, alimentación mediante fórmula Alula Gold PDF 0-12 meses 4 onzas cada 3 horas, buena tolerancia y lactancia materna a libre demanda. Se realiza educación alimentaria y nutricional y se recuerda la importancia de la asistencia a las citas médicas, así como mantener al día el esquema de vacunación.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Sáb 3/05/2025 1:24 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTY0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

IAN NICOLAS ROMERO ROJAS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072678714

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

03 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CONDICIÓN DEL MENOR *

☐ - Menores de 6 meses

☐ - Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

☐ - Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

☐ - Con presencia edema al momento de la notificación

☐ - Con resultado negativo en la prueba de apetito

☐ - Con antecedente de hospitalización

☐ - Con antecedente de bajo peso al nacer

☐ - Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

☐ - Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.☒ - Ninguna**TIPO DE SEGUIMIENTO ***

Los seguimientos deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☐ DOMICILIARIO☒ TELEFONICO**¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? ***☐ GRADO LEVE O MODERADO☐ GRADO SEVERIDAD☒ NO PRESENTA**VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL ***

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

16

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *☐ Sí☒ No**¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? ***☒ Sí☐ No**¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? ***

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

01 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

VIRREY SOLIS IPS SA CHIA

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

14.5

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

100

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-0.55

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☒ Peso Adecuado para la Talla☐ Riesgo de Desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

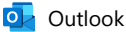
Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Paciente que se encuentra actualmente en estado nutricional adecuado, alimentación adecuada para la edad, sale de la ruta de desnutrición. Se brinda educación y asesoría en la alimentación para la edad, se recuerda la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [//drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Sáb 3/05/2025 3:20 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

MATIAS ALEXANDER GUEDEZ SALCEDO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072991576

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

03 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

Inicial

De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

CONDICIÓN DEL MENOR *

- Menores de 6 meses

- Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

- Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

- Con presencia edema al momento de la notificación

- Con resultado negativo en la prueba de apetito

- Con antecedente de hospitalización

- Con antecedente de bajo peso al nacer

- Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

- Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.☒ - Ninguna**TIPO DE SEGUIMIENTO ***

Los seguimientos deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☐ DOMICILIARIO☒ TELEFONICO**¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? ***☐ Sí☒ No**¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? ***☐ GRADO LEVE O MODERADO☐ GRADO SEVERIDAD☒ NO PRESENTA**VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL ***

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

13

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *☒ Sí☐ No**¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? ***☒ Si☐ No**¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? ***

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

29 / 04 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

CENTRO DE ATENCION CAFAM CHIA

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

13

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

99

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-1.43

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☐ Peso Adecuado para la Talla☒ Riesgo de Desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Paciente que se encuentra con consumo adecuado de FTLC. En estado nutricional presenta ganancia de peso de 800 gramos en 19 días, se encuentra actualmente en riesgo a desnutrición. Alimentación mejora con intervención de ruta, ya que se encontraba bajo de apetito. Se brinda educación y asesoría en la alimentación complementaria, la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 17/04/2025 12:39 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

Monserrat Alvarez Poveda

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1076256056

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

14 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Tipo de seguimiento *

Inicial

De seguimiento al caso y los procesos de gestión

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila - Seguimiento Inicial

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CONDICIÓN DEL MENOR *

- Menores de 6 meses

- Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

- Mayores de 6 meses con menos de 11,5 cm de perímetro braquial

- Con presencia edema al momento de la notificación

- Con resultado negativo en la prueba de apetito

- Con antecedente de hospitalización

- Con antecedente de bajo peso al nacer

- Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes)

- Migrantes

☐ - Menores sin seguridad social en salud.

☒ - Ninguna

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimientos deben ser presenciales en Menores de 6 meses, Mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, Mayores de 6 meses con menos de 11,5, cm de perímetro braquial, Con presencia edema al momento de la notificación, Con resultado negativo en la prueba de apetito, Con antecedente de hospitalización, Con antecedente de bajo peso al nacer, Menores que re consultan por DNT aguda (reincidentes), Migrantes, Menores sin seguridad social en salud.

☐ DOMICILIARIO

☒ TELEFONICO

¿EL MENOR PRESENTA: FIEBRE, TOS, DIARREA, INFECCIÓN EN LA PIEL U OJOS? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR ESTÁ: LETÁRGICO, IRRITABLE, HIPOACTIVO O CON PERDIDA DE APETITO? *

☐ Sí

☒ No

¿EL MENOR PRESENTA EDEMA? *

☐ GRADO LEVE O MODERADO

☐ GRADO SEVERIDAD

☒ NO PRESENTA

VALOR PERÍMETRO BRAQUIAL *

Si el seguimiento es telefónico registrar el mismo de la base

14

¿MENOR EN MANEJO AMBULATORIO Y CONSUMIENDO FTLC? *

☒ Sí

☐ No

¿LA FTLC SE ENTREGO DE FORMA OPORTUNA? *

☒ Si

☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA IPS? *

☒ Sí☐ No

¿LE HAN REALIZADO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA EAPB? *

☒ Sí☐ No

FECHA ULTIMO CONTROL EN UNA IPS *

DD MM AAAA

21 / 02 / 2025

NOMBRE DE LA IPS EN LA QUE TUVO EL ULTIMO CONTROL *

IPS Virrey Solís

PESO ULTIMO CONTROL EN LA IPS (KG) *

8.5

TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS (CM) *

73

Z SCORE INDICADOR PESO/TALLA ULTIMO CONTROL EN LA IPS *

-1.1

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA INDICADORE PESO/TALLA

*

☐ Peso Adecuado para la Talla☒ Riesgo de Desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada☐ Desnutrición Aguda Severa

¿DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO SE CANALIZO AL MENOR AL SERVICIO DE URGENCIAS? *

☐ Si☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Formula la FTLC con prueba de apetito positiva pero no la consume luego, la nutricionista le formula complemento ByB a base de proteína de calostro. Próxima cita de nutrición 21/06/2025 y de crecimiento y desarrollo 26/04/2025. Actualmente no sé encuentra en clasificación de desnutrición, no requiere seguimiento

.....

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [//drive.google.com/u/1/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/1/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



FORMATO VISITA FALLIDA

Institución que notifica: CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Evento: 113

Fecha de Notificación: 23/02/2025 **Semana:** 8

Fecha de Investigación: 03/05/2025.

Institución que realiza la visita: Secretaría de Salud de Chía.

Nombre del paciente: EYLEEN JULIETA AYALA LEMOS

Número de documento: 1249969593

Edad: 7 meses **Teléfono:** 3193848777

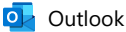
Dirección: Vereda Verganzo Conjunto residencial Álamo de Maderos

Observaciones de la visita fallida: Paciente notificada erróneamente como residente del municipio de Chía, ya que se encuentra actualmente residiendo en Tocancipá.

Nombre del responsable: LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

Cargo: NUTRICIONISTA

Persona que brinda información en el lugar de la visita: CESAR AUGUSTE A LOPEZ



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Sáb 3/05/2025 2:06 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

EYLEEN JULIETA AYALA LEMOS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1249969593

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

03 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

Seguimiento NO EFECTIVO

Seguimiento NO EFECTIVO

Seleccione el evento del seguimiento

*

113 Desnutrición aguda en menor de 5 años - Sivigila

Motivo por el cual no fue efectivo

*

La persona reside en otro municipio

Persona que reside en otro municipio

Seleccione el municipio en el que reside la persona

*

TOCANCIPA

Soporte seguimiento fallido

Cargue el archivo según corresponda:
* Información de contacto incorrecta o desactualizada: 1) Acta en la que se verifica la gestión realizada para la búsqueda de información de contacto en los diferentes sistemas de información. 2) Soporte de canalización al a EAPB solicitando información de contacto actualizada e informe de las respectivas atenciones relacionadas en el lineamiento.

* La persona reside en otro municipio: 1) Acta en la que se describe la gestión realizada con el usuario. 2) Soporte de canalización al municipio en que refiere vivir la persona, relacionar la información de contacto actualizada y el acta de seguimiento fallido.

Cargue acta de seguimiento fallido en archivo PDF.

*

Archivos enviados

 VISITA FALLIDA EYLEEN JULIETA AYALA LEMOS RC1249969593 - Laura Sofia Gomez Bonilla.pdf

Cargue soporte de canalización a EAPB o municipio (Oficio o correo electrónico) en archivo PDF.

*

Archivos enviados

 Correo canalización a municipio de Evento 113 Eyleen Julieta Ayala Lemos RC1249969593 - Laura Sofia Gomez Bonilla.pdf

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Se encuentra paciente con información de residencia en el municipio de Tocancipá, se realiza acta visita fallida y se canaliza al municipio para su seguimiento oportuno.

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



CANALIZACIÓN EVENTO 113 EYLEEN JULIETA AYALA LEMOS RC1249969593 RESIDENCIA EN TOCANCIPÁ

Desde Laura Sofía Gómez Bonilla <sofia.nutricionistachia@outlook.com>

Fecha Sáb 3/05/2025 2:02 PM

Para willman.contreras@tocancipa.gov.co <willman.contreras@tocancipa.gov.co>

CC Epidemiología.IEC - Alcaldía de Chía <epidemiologia.iec@chia.gov.co>; Willis Reyes Valdes <willis.reyes@chia.gov.co>; claudia.izquierdo@chia.gov.co <claudia.izquierdo@chia.gov.co>; sec.salud@chia.gov.co <sec.salud@chia.gov.co>; correospublica@chia.gov.co <correospublica@chia.gov.co>

 1 archivo adjunto (12 KB)

EVENTO 113 EYLEEN JULIETA AYALA LEMOS RC1249969593 RESIDENTE DE TOCANCIPÁ.xlsx;

Cordial Saludo

La presente con el fin de canalizar Evento 113 Eyleen Julieta Ayala Lemos RC 1249969593, quien actualmente reside en el municipio de Tocancipá, para el seguimiento correspondiente desde su dependencia.

Agradezco su amable atención y pronta gestión.

Feliz tarde

Cordialmente

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

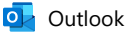
Nutricionista SAN-SALUD PÚBLICA-Contratista

Secretaría de Salud

Alcaldía Municipal de Chía

Cel 3173346157

Correo: sofia.nutricionistachia@outlook.com



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 12:11 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

YULY JOHANNA LEON AVILA

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072665934

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

LEON AVILA YULY JOHANNA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

COMPENSAR OIG

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

21 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

9020

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

71

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒ Sí

☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Sí

☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DDMMAAAA

21 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

HOSPITAL SAN IGNACIO. MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, AUNQUE EN EL LÍMITE SUPERIOR, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SALUDABLE, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 3:29 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

INGRID VALERIA MONTAÑO CANTOR

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072671772

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista ▼

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer ▼

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *



Inicial



De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

MONTAÑO CANTOR INGRID VALERIA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre ▼

2.3. Tipo de régimen en salud *

Subsidiado ▼

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si ▼

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas ▼

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

HOSPITAL SAN ANTONIO

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

11 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7350

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

69.2

5.3. Estado actual del peso *

- ☒ Subió de peso
- ☐ Permanece igual
- ☐ Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *

- ☒ Sí

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

11 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

SANTA BARBARÁ SÁNTAS. MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi

**SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>

Fecha Mar 8/04/2025 11:49 AM

Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

KAROL IRENE CONTRERAS SUPELANO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072700784

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

08 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

CONTRERAS SUPELANO KAROL IRENE

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

IPS CAFAM CALLE 51

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

04 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7555

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

62.8

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☒ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

E.S.E. HUS La Samaritana UF Zipaquirá

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD

MM

AAAA

04

/

03

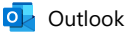
/

2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

DURÓ 33 DÍAS EN UCI DESDE NACIMIENTO, NO TUVO LACTANCIA MATERNA, SOLO ALIMENTACIÓN CON FÓRMULA, BUEN PROGRESO EN TALLA Y PESO. PROXIMO CONTROL PLAN MADRE CANGURO 11/04/2025. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 10/04/2025 8:00 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTUyOTZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ANGELICA KATHERINE OSORIO VILLALOBOS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072706701

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

08 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *



Inicial



De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

ANGELICA KATHERINE OSORIO VILLALOBOS

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si ▼

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas ▼

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

FUNDACIÓN SANTA FÉ

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

26 / 02 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

6280

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

62.2

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☒ Sí

☐ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

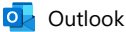
DD MM AAAA

26 / 02 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

BUEN PROGRESO EN EL AVANCE DE PESO Y TALLA, ASISTENCIA ADECUADA A PLAN MADRE CANGURO, PRÓXIMO CONTROL MAYO 2025. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 10/04/2025 8:00 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTUyOTZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ANGELICA KATHERINE OSORIO VILLALOBOS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072706701

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

08 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

ANGELICA KATHERINE OSORIO VILLALOBOS

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

FUNDACIÓN SANTA FÉ

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

26 / 02 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

6280

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

62.2

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☒ Sí

☐ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

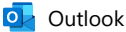
DD MM AAAA

26 / 02 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

BUEN PROGRESO EN EL AVANCE DE PESO Y TALLA, ASISTENCIA ADECUADA A PLAN MADRE CANGURO, PRÓXIMO CONTROL MAYO 2025. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 25/04/2025 8:43 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYlslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

LUISA MARIA MARTINEZ SUAREZ

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072707249

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

21 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

MARTINEZ SUAREZ LUISA MARIA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CENTRO MÉDICO CAFAM CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

17 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

6100

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

59

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒ Sí

☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Sí

☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

NO esta inscrito a ningún Programa Madre Canguro Ambulatorio ▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

02 / 04 / 2025

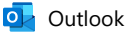
Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

NO LO LLEVA A IPS PORQUE LO IBAN A HOSPITALIZAR, SE ENCUENTRA EN BAJO PESO Y BAJA TALLA SIN EMBARGO CONTINUA AVANZANDO, INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON FRUTA, HUEVO, POLLO, SOPAS DE AUYAMA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 25/04/2025 9:08 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYlslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

SURAIMA TAPIA ROJAS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1099965704

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

21 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

TAPIA ROJAS SURAIMA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

IPS SURA CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

04 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

6200

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

57

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

04 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

HOSPITAL SAN JOSÉ INFANTIL. SE ENCUENTRA EN BAJO PESO Y BAJA TALLA SIN EMBARGO CONTINUA AVANZANDO, INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON FRUTA, HUEVO, PAPILLA DE VERDURAS PROTEÍNA CONSISTENCIA PAPILLA, PRÓXIMO SEGUIMIENTO PLAN MADRE CANGURO INICIOS MES DE MAYO. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 11:48 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTY0ZTA2YTFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ANA ROSA SANCHEZ TRASLAVIÑA

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1102375183

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

SANCHEZ TRASLAVIÑA ANA ROSA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si ▼

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas ▼

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

COMPENSAR IPS CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

09 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

8920

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

73

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

NO esta inscrito a ningún Programa Madre Canguro Ambulatorio ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

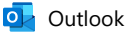
DD MM AAAA

29 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

NO ASISTE A PROGRAMA ACNGURO POR BUEN AVANCE PESO Y TALLA. MEJORA PESO Y TALLA, EN ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 11:37 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

SAMIA PAOLA CASTELLAR YEPES

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1123999024

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

GÓMEZ BONILLA LAURA SOFÍA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Padre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

26 / 11 / 2024

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7000

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

65

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒ Sí☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Sí☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

NO esta inscrito a ningún Programa Madre Canguro Ambulatorio ▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

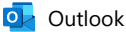
Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

MEJORA PESO Y TALLA AUNQUE NO ASISTE PLAN MADRE CANGURO Y NO ASISTE A CITAS MÉDICAS DE MANERA OPORTUNA. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS DE MANERA OPORTUNA Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 11:20 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

PAULA CATALINA CANCHON MACIAS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1193210073

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

CANCHON MACIAS PAULA CATALINA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

COMPENSAR IPS CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

09 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7945

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

70

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒ Sí

☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Sí

☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Hospital Infantil Universitario de San José - Bogotá

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

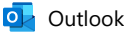
DDMMAAAA

09 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

BUEN PROGRESO PESO Y TALLA, SE ENCUENTRAA EN ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEBIL, NO RECIBE ALIMENTOS DE SAL. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, CON ÉNFASIS EN ALIMENTACIÓN ADECUADA PARA LA EDAD, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 10:10 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ANGIE TATIANA SANTANA CORTES

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1193551648

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

SANTANA CORTES ANGIE TATIANA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CAFAM IPS CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

30 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7785

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

70.5

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☒ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒ Sí

☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Sí

☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

E.S.E. HUS La Samaritana UF Zipaquirá ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

30 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

MEJORA PESO Y TALLA CONTINUA AVANZANDO CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 1:12 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

DANNELY CAROLINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1010944

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

RODRIGUEZ RODRIGUEZ DANNELY CAROLINA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CENTROS MÉDICO COLSÁNITAS PLAZA MAYOR CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

07 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7400

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

59

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

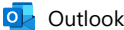
07 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

SANITAS PREPAGADA AGUACLARA. MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 12:37 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWJtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

YENIFER ANDREINA BACILO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

5458812

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

BACILO YENIFER ANDREINA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

NUEVA EPS IPS

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

28 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7500

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

67

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒ Sí☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Sí☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

E.S.E. HUS La Samaritana UF Zipaquirá ▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

28 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

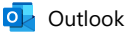
Intervenciones / Observaciones *

MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-

DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcx5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 25/04/2025 11:11 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

MARLEYDIS VILORIA CAMAÑO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

34950714

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

21 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

VILORIA CAMAÑO MARLEYDIS

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si ▼

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas ▼

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

IPS VIRREY SOLIS CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

13 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

4970

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

56

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☐ Sí

☒ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒ Sí

☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Sí

☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

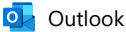
DDMMAAAA

13 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

HOSPITAL SAN JOSÉ INFANTIL. SE ENCUENTRA AVANZANDO EN PESO Y TALLA DE MANERA ADECUADA, INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON COMPOTAS DE FRUTA, PRÓXIMO CONTROL PLAN MADRE CANGURO EL 30/04/2025. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MÉDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 8/04/2025 11:19 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ANA YAMILE RIAÑO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

35197180

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

08 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

ANA YAMILE RIAÑO

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CENTROS MÉDICOS COLSANITAS SEDE CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

14 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7795

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

69

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Hospital Universitario Mayor Mederi - Bogotá

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

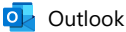
DDMMAAAA

08 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN. PRÓXIMO CONTROL CON PEDIATRÍA 14/04/2025, BUEN PROGRESO EN PESO Y TALLA



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 10/04/2025 2:22 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

JOHANNA MARÍA PEÑA BASTIDAS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

35199166

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

10 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *



Inicial



De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

PEÑA BASTIDAS JOHANNA MARÍA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

HOSPITAL SAN ANTONIO CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

20 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7430

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

72

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☒ Sí

☐ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒ Sí

☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Sí

☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

NO esta inscrito a ningún Programa Madre Canguro Ambulatorio ▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

10 / 04 / 2025

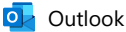
Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

NO TERMINÓ PLAN CANGURO, MADRE REFIERE DIFICULTAD CON PAREJA, LO QUE DIFICULTA MOVILIDAD HACIA BOGOTÁ DONDE ASISTÍA, ACTUALMENTE ASISTE A CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y REFIERE PRÓXIMA CITA EN 6 MESES. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN

[Crea tu propio formulario de Google](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 25/04/2025 11:29 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTY0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

BLANCA ROCIO RODRIGUEZ RICO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

35424393

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

RODRIGUEZ RICO BLANCA ROCIO

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CAFAM IPS CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

14 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

8863

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

72.8

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☐ Sí

☒

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

NO esta inscrito a ningún Programa Madre Canguro Ambulatorio ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

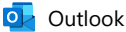
DD MM AAAA

01 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

NO ASISTE A PLAN MADRE CANGURO POR LA DIFICULTAD EN LA MOVILIZACIÓN HASTA EL SITIO REMITIDO, HOSPITAL SAN JOSÉ INFANTIL. MEJORA PESO Y TALLA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 12:29 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

NUBIA ROCIO LEON LARA

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

52812272

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *



Inicial



De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

LEON LARA NUBIA ROCIO

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CLÍNICA COLOMBIA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

09 / 01 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7800

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

65

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

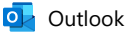
DD MM AAAA

09 / 01 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

TUVO INFECCIÓN SEVERA EN EL ESTÓMAGO EGRESO 13/04/2025. MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 10/04/2025 11:25 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

LEIDY MILAYDA LAVERDE HERNANDEZ

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

52858784

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

10 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

LAVERDE HERNANDEZ LEIDY MILAYDA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CENTROS MÉDICOS COLSANITAS

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

06 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

6595

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

64.2

5.3. Estado actual del peso *

- ☒ Subió de peso
- ☐ Permanece igual
- ☐ Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *

- ☒ Sí

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☒ Sí

☐ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Hospital Universitario Mayor Mederi - Bogotá

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

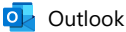
DDMMAAAA

06 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

3 SEMANAS HOSPITALIZADO DESPUES DE NACIMIENTO A LAS 32 SEMANAS, POR PREECLAMPSIA. AUMENTO DE PESO PROGRESIVO PERO AÚN FALTA PARA NIVELAR LA CURVA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 25/04/2025 8:53 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

DIANA BEATRIZ GALINDO LONDOÑO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

52859667

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

21 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

GALINDO LONDOÑO DIANA BEATRIZ

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

OIG BOGOTÁ

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

27 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

5540

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

62

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

27 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

HOSPITAL SAN JOSÉ INFANTIL. SE ENCUENTRA EN BAJO PESO Y BAJA TALLA SIN EMBARGO CONTINUA AVANZANDO, INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON FRUTA, HUEVO, PAPILLA DE VERDURAS Y PROTEÍNA EN CONSISTENCIA PAPILLA, PRÓXIMA CITA DE CONTROL PLAN MADRE CANGURO 09/05/2025. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN

**SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>

Fecha Vie 25/04/2025 12:03 PM

Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

JULIETH LORENA SARMIENTO RODRIGUEZ

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1003489162

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

03 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

SARMIENTO RODRIGUEZ JULIETH LORENA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si ▼

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas ▼

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CAFAM IPS CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

03 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

8850

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

73.5

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Sí

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

E.S.E. HUS La Samaritana UF Zipaquirá

▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

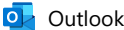
DD MM AAAA

03 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PLAN ANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA, ALERGIA AL HUEVO EN MEJORÍA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 2/05/2025 2:12 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

Danna Julieth Camacho Cárdenas

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1003659396

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

02 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

Camacho Cárdenas Danna Julieth

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

Clínica Universitaria Colombia

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

15 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

4410

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

55.5

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

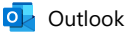
DDMMAAAA

15 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

A Clínica Universitaria Colombia asiste para Plan Madre Canguro. Lactancia materna a libre demanda sin problema. Estado nutricional percentil -0.5 peso adecuado para la talla. Cirugía al nacimiento por gastroclisis, sin complicaciones. Se realiza educación alimentaria y nutricional, se recuerda la asistencia oportuna a controles madre canguro, así como demás citas programadas y mantener carne de vacunación al día para la edad.



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 11/04/2025 9:44 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

DURAN GRANADOS KAROL ANDREA

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1005654942

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

31 / 03 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

DURAN GRANADOS KAROL ANDREA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Padre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CLÍNICA CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

31 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

5000

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

62.9

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☒ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☒ Sí

☐ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒ Sí

☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Sí

☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

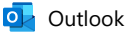
31 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

SAN JOSÉ INFANTIL, NACIMIENTO A LAS 30 SEMANAS, HOSPITALIZADO UCI NEONATAL, ASISTE ACTUALMENTE PLAN CANGURO. AUN FALTA PROGRESO PARA AUMENTO DE PESO Y TALLA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 12:55 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

MARIA ALEJANDRA ECHEVERRY OCAÑA

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1005873248

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

ECHEVERRY OCAÑA MARIA ALEJANDRA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si ▼

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas ▼

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

COMPENSAR SALUD MARKET CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7270

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

67.2

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Hospital Infantil Universitario de San José - Bogotá

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

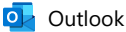
DDMMAAAA

02 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 10:34 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

YUNIS COROMOTO IGUARAN RIOS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1006888967

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

IGUARAN RIOS YUNIS COROMOTO

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

IPS NUEVA EPS CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

31 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

8500

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

76

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

NO esta inscrito a ningún Programa Madre Canguro Ambulatorio ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

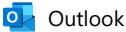
DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 3:56 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

NESLY CATALINA CASTILLO CASTILLO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1007781579

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

CASTILLO CASTILLO NESLY CATALINA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CENTRO MÉDICO PLAZA MAYOR COLSANITAS CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

09 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7100

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

65

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☒ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

E.S.E. HUS La Samaritana UF Zipaquirá

▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

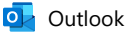
09 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcx5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 11:01 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MyIsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ANA GABRIELA FRAGOZO ALVEAR

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1007785587

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

FRAGOZO ALVEAR ANA GABRIELA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CAFAM IPS CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

04 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

10110

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

73.3

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

E.S.E. HUS La Samaritana UF Zipaquirá

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

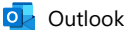
DD MM AAAA

04 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO AUNQUE SE ENCUENTRA EN EL LÍMITE SUPERIOR, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, CON ÉNFASIS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 8/04/2025 10:21 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ANAIS PAOLA CASTRO HOYOS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1010118261

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

08 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *



Inicial



De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

CASTRO HOYOS ANAIS PAOLA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

IPS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM SEDE CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

29 / 01 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

9725

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

72.3

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☒ Sí

☐ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

E.S.E. HUS La Samaritana UF Zipaquirá

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

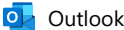
DDMMAAAA

29 / 01 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

LA MADRE REFIERE 09/04/2025 ÚLTIMA CITA PLAN MADRE CANGURO, PROGRESO SATISFACTORIO



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 25/04/2025 9:36 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYlslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ANGELA PAOLA SOSA GALEANO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1014218620

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

21 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

SOSA GALEANO ANGELA PAOLA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CLÍNICA COLOMBIA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

20 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7150

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

64

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☒ Sí

☐ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Hospital Universitario Mayor Mederi - Bogotá

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DDMMAAAA

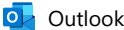
20 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

SE ENCUENTRA AVANZANDO DE MANERA ADECUADA EN PESO Y TALLA, ASISTE DE MANURAA OPORTUNA A PLAN MADRE CANGURO, INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON FRUTA, VERDURAS PROTEÍNA CONSISTENCIA PAPILLA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 11/04/2025 12:03 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ANGELA PAOLA VILLALBA GORDILLO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1019019904

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

10 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

VILLALBA GORDILLO ANGELA PAOLA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CENTROS MÉDICOS COLSANITAS SEDE CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

03 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7500

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

68

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☒ Sí

☐ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

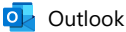
DDMMAAAA

03 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

CLÍNICA SANTA BÁRBARA SÁNTAS. 2 MESES DE HOSPITALIZACIÓN LUEGO DEL NACIMIENTO, NO LACTANCIA MATERNA, BUEN PROGRESO EN GANANCIA PESO Y TALLA. CONTINUA PLAN MADRE CANGURO. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 12:00 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

CATALINA DAZA SANCHEZ

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1026292531

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

DAZA SANCHEZ CATALINA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

COMPENSAR OIG

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

10 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7400

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

73

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Hospital Universitario Mayor Mederi - Bogotá

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

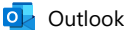
DD MM AAAA

10 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Jue 10/04/2025 8:34 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTY0ZTA2YTFINWM5MjYlslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

LUISA MARIA SOLORZANO GALVIS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1055127452

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

10 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *



Inicial



De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

SOLORZANO GALVIS LUISA MARIA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

IPS COMPENSAR SALUD MARKET CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

21 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

6490

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

65.6

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☒ Sí

☐ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

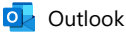
DD MM AAAA

10 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

HOSPITAL SAN JOSÉ INFANTIL. ACTUALMENTE ASISTE A SUS CITAS PLAN CANGURO AL DÍA, BUEN PROGRESO DEL PESO Y TALLA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 12:22 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

LEIDY AZUCENA GARCIA LOAIZA

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1061748167

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

GARCIA LOAIZA LEIDY AZUCENA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CENTROS MÉDICOS COLSÁNITAS PLAZA MAYOR CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

20 / 02 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7595

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

70.8

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☐ Sí

☒

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

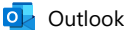
DD MM AAAA

20 / 02 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

CLÍNICA CAFAM SANTA BÁRBARA. MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 11/04/2025 9:54 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

MARIA CAMILA GONZALEZ PINZON

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072647961

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

10 / 03 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

GONZALEZ PINZON MARIA CAMILA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

HOSPITAL SAN ANTONIO CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

10 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

6130

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

62.3

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☒ Sí

☐ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☒ Sí

☐ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

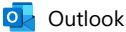
DD MM AAAA

10 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

CLINICA CAFAM 127, ACTUALMENTE ASISTE A SUS CITAS PLAN CANGURO AL DÍA, BUEN PROGRESO DEL PESO Y TALLA, SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 3:07 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

LUZ DARY VELOZA HUERTAS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072655139

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

VELOZA HUERTAS LUZ DARY

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CLINICA COLOMBIA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

16 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7500

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

60

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

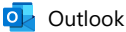
DD MM AAAA

29 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

CLÍNICA COLOMBIA. MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, PERO SE ENCUENTRA EN ESTADO NUTRICIONAL DE SOBREPESO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, CON ÉNFASIS EN FORTALECIMIENTO DE HÁBITOS SALUDABLES, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 25/04/2025 11:41 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTY0ZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

MARIA CAMILA ORTEGON CARDENAS

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072659193

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

ORTEGON CARDENAS MARIA CAMILA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SEDE CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

25 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

8250

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

73

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

NO esta inscrito a ningún Programa Madre Canguro Ambulatorio

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

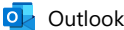
DD MM AAAA

04 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

NO ASISTE A PLAN MADRE CANGURO PORQUE PAGA PREPAGADA Y ASISTE A CONTROLES CON PEDIATRA PARTICULAR, MEJORA PESO Y TALLA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 8/04/2025 10:52 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

LUZ NELLY CHITIVA BERMUDEZ

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072659225

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

08 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *



Inicial



De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

CHITIVA BERMUDEZ LUZ NELLY

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

CENTROS MÉDICOS COLSANITAS SEDE CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

19 / 03 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

6280

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

62.2

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☒ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☒ Sí

☐ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

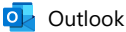
DD MM AAAA

19 / 03 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

MADRE REFIERE BUEN PROGRESO EN PLAN MADRE CANGURO, ASISTE A IPS CAFAM CALLE 51, PRÓXIMO SEGUIMIENTO EN MAYO 2025. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 10:50 AM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

MARIA JULIANA CAGUA RODRIGUEZ

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072663177

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

22 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

CAGUA RODRIGUEZ MARIA JULIANA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

IPS NUEVA EPS CHÍA

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

10 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

7825

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

72

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☒ Sí

☐ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☒ Sí

☐ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

10 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

MEJORA PESO Y TALLA CON AYUDA DEL PROGRAMA CANGURO, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS ALIMENTOS, BUENA TOLERANCIA. SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR ASISTIENDO A LOS CONTROLES MEDICOS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 9

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA __

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _ VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE BAJO PESO AL NACER

ACTA N°	1	FECHA	28/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistachia@outlook.com
	DANNA JULIETH CAMACHO CARDENAS	1003659396	MADRE DE RECIÉN NACIDA	dannacamacho9@gmail.com
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
REALIZAR VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE BAJO PESO AL NACER CC 1003659396 DANNA JULIETH CAMACHO CARDENAS				
2. ORDEN DEL DÍA				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 9

1. SALUDO
2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA
3. MARCHA FINAL

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 2:30 p.m. se realizó la visita domiciliaria a la mamá CC 1003659396 DANNA JULIETH CAMACHO CARDENAS, iniciando con el saludo y la presentación, para continuar el caso de Bajo peso al nacer, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcx5JUSgLxshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por Plan Madre Canguro el 15/04/2025, donde se registra un peso de 4410 kg y 55.5 cm, con zscore -0.5 clasificación Peso adecuado para la longitud, se toma perímetro braquial encontrando 15 cm. Se determina que la recién nacida se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con buena progresión de peso y talla.

Asiste a Plan Madre Canguro en Clínica Universitaria Colombia. Lactancia materna a libre demanda sin problema. Cirugía al nacimiento por gastroclisis, sin complicaciones. Se realiza educación alimentaria y nutricional, se recuerda la asistencia oportuna a controles madre canguro, así como demás citas programadas y mantener carne de vacunación al día para la edad.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual la recién nacida con autorización de la madre, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2.

La madre de la recién nacida se compromete a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	3 de 9

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la ruta de bajo peso al nacer por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y la madre se compromete a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

5. ANEXOS

Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrará la información relacionada con sus seguimientos:

<https://arquero.wetri.com/view?re=upj6LMDATNWDGMSGRtLzYSQDNWodWfWzWMMQYWNDBMFINdK4lWkCIEIMMq057hLTDmNaAAGBmMcJhYBmLTyQTAZYTFNWMR4v4sImM0VBB>

Correo *

sofia.nutricion@tachiia.org

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Siviglia y Mengo) registre el nombre del menor.

Danna Julieth Camacho Cárdenas

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Siviglia y Mengo) registre el documento del menor.

1003659396

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 9

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

02 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial
☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento Inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

Camacho Cárdenas Danna Julieth

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	5 de 9

Comed. Laura Sofia Gomez Gaitan - Google

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

SI

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

Clinica Universitaria Colombia

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

15 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

4410

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

55.5

5.3. Estado actual del peso *

☒ Subió de peso
☐ Permanece igual
☐ Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *

☒ SI



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

6 de 9

Correo: Laura Sofia Gómez Bonilla - Outlook

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Si

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Si

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Si

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Si

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Si

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Si

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Si

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Si

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	7 de 9

Correo: Laura Sofía Gómez Bonilla - Outlook

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 5 meses.

☒ Si

☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Si

☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no está inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

15 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

A Clínica Universitaria Colombia asiste para Plan Madre Canguro. Lactancia materna a libre demanda sin problema. Estado nutricional percentil -0.5 peso adecuado para la talla. Cirugía al nacimiento por gastroschisis, sin complicaciones. Se realiza educación alimentaria y nutricional, se recuerda la asistencia oportuna a controles madre canguro, así como demás citas programadas y mantener carne de vacunación al día para la edad.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 9

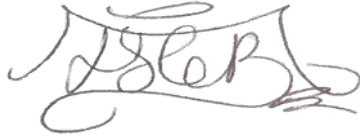
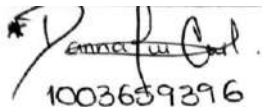
2.

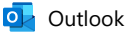


2 may 2025 14:15:03
3e-17 Calle 6A
Chía
Cundinamarca

6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado nutricional.	Laura Sofía Gómez Bonilla	Por definir
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Danna Julieth Camacho Cárdenas	Por definir
FIRMAS		

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	9 de 9

 Laura Sofía Gómez Bonilla Nutricionista SAN-Salud Pública CC:1019134248 Cel:3173346157	 1003639396 Danna Camacho 3223004060 dannacamacho9@gmail.com
--	--



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Vie 2/05/2025 2:12 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTY0ZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

Danna Julieth Camacho Cárdenas

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1003659396

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

02 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

Camacho Cárdenas Danna Julieth

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si ▼

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas ▼

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

Clínica Universitaria Colombia

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

15 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

4410

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

55.5

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒ Sí

☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Sí

☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Otro (Indicar en intervenciones cuál) ▼

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

15 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

A Clínica Universitaria Colombia asiste para Plan Madre Canguro. Lactancia materna a libre demanda sin problema. Estado nutricional percentil -0.5 peso adecuado para la talla. Cirugía al nacimiento por gastroclisis, sin complicaciones. Se realiza educación alimentaria y nutricional, se recuerda la asistencia oportuna a controles madre canguro, así como demás citas programadas y mantener carne de vacunación al día para la edad.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 8

PROCESO: ____ GESTION DE SALUD ____

DEPENDENCIA: _ SECRETARIA DE SALUD _

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: __ LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA__

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☐ Otro _ VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE BAJO PESO AL NACER

ACTA N°	1	FECHA	24/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	1019134248	NUTRICIONISTA	sofia.nutricionistacia@outlook.com
	ARIANNA ALEJANDRA GUILLEN GUILLEN	1003659396	MADRE DE RECIÉN NACIDA	-
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
REALIZAR VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO A CASO DE BAJO PESO AL NACER PT 6449635 ARIANNA ALEJANDRA GUILLEN GUILLEN				
2. ORDEN DEL DÍA				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 8

1. SALUDO
2. DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA
3. MARCHA FINAL

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 2:30 p.m. se realizó la visita domiciliaria a la mamita , iniciando con el saludo y la presentación, para continuar el caso de Bajo peso al nacer, realizando el cuestionario para el seguimiento a los eventos de interés de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN-Secretaria de Salud de Cundinamarca, en el siguiente link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxDP1YLa0zWk5I_Qkcxy5JUSgXshbPakZpzQ/viewform, donde se indaga la información acerca de la alimentación y atención del niño. En el Anexo 1 se encuentra el cuestionario diligenciado.

A continuación, se solicitan todos los soportes de asistencias a citas médicas para el seguimiento de la desnutrición, encontrando la última valoración por Plan Madre Canguro el 02/04/2025, donde se registra un peso de 4410 kg y 52.2 cm, con zscore -0.5 clasificación Peso adecuado para la longitud. Se determina que la recién nacida se encuentra en adecuado seguimiento por IPS y EPS, con buena progresión de peso y talla.

Alimentación con lactancia materna a libre demanda sin problemas, buen avance en el Plan Madre Canguro en Hospital Infantil Universitario San José. Se brinda educación y asesoría en la alimentación complementaria, la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación. No requiere seguimiento.

Finalmente, se realiza registro fotográfico del estado actual la recién nacida con autorización de la madre, para evidenciar que se encuentra en buenas condiciones durante la visita. La fotografía se encuentra en Anexo 2.

La madre de la recién nacida se compromete a mantener la alimentación adecuada para la edad, la asistencia a los seguimientos programados y la vacunación acorde a la edad.

Se da la despedida y marcha final.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

En el seguimiento realizado se encuentra un adecuado cumplimiento de la Ruta de bajo peso al nacer por parte de la EPS e IPS en la cual ha sido atendido. Se mantiene en seguimiento el caso y la madre se compromete a seguir recomendaciones de alimentación, asistencia a controles y vacunación al día.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	3 de 8

5. ANEXOS
Gracias por rellenar SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Esto es lo que se recibió. SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA En el siguiente enlace encontrará la información relacionada con sus seguimientos: https://pro.google.com/view?rev=UjGjMDAPNNGZMQDARUxyBCCNlWQxWfWZWMMDYwNCEMFNDz4twCISIMzQ5ZjhlTdmNzA5NGRmMCIhYjRmLTQxZTAzYTFlNWMM5isimMCIjBz Correo : sofia.nutricionistachia@outlook.com 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO 1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento * Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigia y Mango) registre el nombre del menor. <u>ARIANNA ALEJANDRA GUILLEN GUILLEN</u> 1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento * Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigia y Mango) registre el documento del menor. <u>6449635</u>

1.



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

4 de 8

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

24 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofia Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒

Inicial

☐

De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento Inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quien suministra la información *

GUILLEN GUILLEN ARIANNA ALEJANDRA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	5 de 8

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

SI

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

COMPENSAR IPS

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

02 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

4480

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

52.2

5.3. Estado actual del peso *

☒ Subió de peso
☐ Permanece igual
☐ Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *

☒ SI



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

6 de 8

Correo: Laura Sofia Gomez Bonilla - Outlook

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (Incluido leche de vaca) *

☐ Si

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Si

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Si

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Si

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Si

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Si

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Si

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Si

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	7 de 8

Correo: Laura Sofía Gómez Bonilla - Outlook

☐ No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 8 meses.

☒ Si

☐ No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒ Si

☐ No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Hospital Infantil Universitario de San José - Bogotá ▾

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no está inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DD MM AAAA

02 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

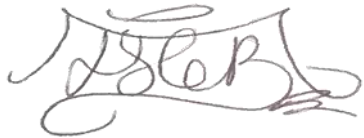
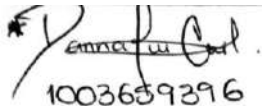
Intervenciones / Observaciones *

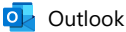
Ganancia adecuada de peso con ascore -0.5, estado nutricional adecuado para la edad. Alimentación con lactancia materna a libre demanda sin problemas, buen avance en el Plan Madre Canguro. Se brinda educación y asesoría en la alimentación complementaria, la importancia de continuar asistiendo a los controles médicos y completar esquema de vacunación. No requiere seguimiento.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	8 de 8

2.		
----	--	--

6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Mantener seguimiento del caso para dar continuidad a la vigilancia del proceso de recuperación del estado nutricional.	Laura Sofía Gómez Bonilla	Por definir
Brindar una alimentación adecuada, asistir a citas de control y mantener vacunación al día	Arianna Alejandra Guillen Guillen	Por definir

FIRMAS	
 Laura Sofía Gómez Bonilla Nutricionista SAN-Salud Pública CC:1019134248 Cel:3173346157	 1003659396 Danna Camacho 3223004060 dannacamacho9@gmail.com



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Mar 29/04/2025 8:51 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYsImMiOiR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ARIANNA ALEJANDRA GUILLEN GUILLEN

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

6449635

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

24 / 04 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

Laura Sofía Gómez Bonilla

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

110 Bajo peso al nacer

110 Bajo peso al nacer

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

110 Bajo peso al nacer - Seguimiento inicial

Recuerde que todos los seguimientos de este evento deben ser presenciales

2. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Apellidos y nombres de quién suministra la información *

GUILLEN GUILLEN ARIANNA ALEJANDRA

2.2. Parentesco con el recién nacido *

Madre

2.3. Tipo de régimen en salud *

Contributivo

3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

3.1 Agua potable *

Si

3.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias *

Buenas

4. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales *

COMPENSAR IPS

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Del último control en una unidad de servicios de salud)

Fecha del último control en una unidad de servicios de salud *

DD MM AAAA

02 / 04 / 2025

5.1. Peso (en gramos) del último control en una unidad de servicios de salud *

4480

5.2. Talla (en centímetros) del último control en una unidad de servicios de salud *

52.2

5.3. Estado actual del peso *



Subió de peso



Permanece igual



Bajó de peso

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. ¿Recibe lactancia materna exclusiva? *



Si

☐ No

6.2. ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca) *

☐ Sí

☒ No

6.3. ¿Recibe leche de fórmula? *

☐ Sí

☒ No

6.4. ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? *

☐ Sí

☒ No

6.5. ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? *

☒ Sí

☐ No

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1. ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? *

☒ Sí

☐ No

7.2. ¿Se remite a servicios de salud? *

☐ Sí

☒ No

7.3. ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios? *

☐ Sí

☒ No

7.4. ¿Asistió o tiene programada la consulta de atención para el seguimiento al recién nacido? *

☒ Sí

☐

No

7.5. ¿Asistió o tiene programada la consulta atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna? *

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

☒

Sí

☐

No

7.6. ¿Cuenta con el esquema de vacunación adecuado para la edad? *

Recién nacido: Tuberculosis B.C.G - Hepatitis B

☒

Sí

☐

No

7.7. ¿Institución a la que asiste al Programa Madre Canguro? *

Hospital Infantil Universitario de San José - Bogotá

7.8. Fecha de la última atención en el PMC (si no esta inscrito a ningún programa registre cualquier valor) *

DDMMAAAA

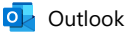
02 / 04 / 2025

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Ganancia adecuada de peso con zscore -0.5, estado nutricional adecuado para la edad. Alimentación con lactancia materna a libre demanda sin problemas, buen avance en el Plan Madre Canguro. Se brinda educación y asesoría en la alimentación complementaria, la importancia de continuar asistiendo a los controles medicos y completar esquema de vacunación. No requiere seguimiento.

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Sáb 3/05/2025 6:10 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWVtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

MARLY DAYANA GARZON GARZON

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1067283317

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

03 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

Malnutrición gestantes (Mango)

Malnutrición Gestantes

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

Malnutrición gestantes (Mango) - Seguimiento Inicial

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimiento deben ser presenciales en Gestantes sin aseguramiento y Gestantes migrantes

☐ DOMICILIARIO

☒ TELEFONICO

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CANTIDAD DE CONSULTAS PARA EL CUIDADO PRENATAL A LAS QUE HA ASISTIDO *

Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación; si ella es multipara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación. La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

9

FECHA DE LA ULTIMA CONSULTA PARA EL CUIDADO PRENATAL *

DD MM AAAA

01 / 02 / 2025

ESTA CONSUMIENDO MICRONUTRIENTES? *

	SI	NO
HIERRO	☒	☐
CALCIO	☒	☐
ACIDO FOLICO	☒	☐

ASISTIO O TIENE PROGRAMADA LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN *

Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para el cuidado prenatal. Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer los controles que se requieran dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo con el criterio del profesional en nutrición y dietética

- ☒ Sí
- ☐ No
- ☐ Ya es puérpera y no asistió a la consulta
- ☐ Tuvo interrupción de la gestación (IVE, Aborto espontaneo, otro)

IPS A LA QUE ASISTIO A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (Si no ha asistido poner "No aplica") *

COMPENSAR IPS CHÍA

FECHA DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

DD MM AAAA

15 / 01 / 2025

ASISTE AL CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD *

Serán mínimo 7 sesiones con una duración que oscila entre los 60 y los 90 minutos cada una, divididas así: una sesión antes de la semana 14, tres sesiones en el segundo trimestre y tres sesiones en el tercer trimestre.

- ☒ Sí
- ☐ No

HA RECIBIDO CAPACITACION EN LM *

- ☐ Sí

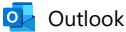
☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Parto a las 35 semanas, asiste a controles prenatales, cita de nutrición y cursos de maternidad y paternidad, no asiste a capacitación de lactancia materna. Se recuerda la asistencia oportuna a controles posnatales y demás citas programadas. Se brinda educación y asesoría en la alimentación durante periodo posnatal y mantener lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Sáb 3/05/2025 5:52 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWMtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

BEATRIZ AURORA ANZOLA REDONDO

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1070005703

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

03 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

Malnutrición gestantes (Mango)

Malnutrición Gestantes

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

Malnutrición gestantes (Mango) - Seguimiento Inicial

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimiento deben ser presenciales en Gestantes sin aseguramiento y Gestantes migrantes

☐ DOMICILIARIO

☒ TELEFONICO

Tipo de régimen en salud *

Subsidiado

CANTIDAD DE CONSULTAS PARA EL CUIDADO PRENATAL A LAS QUE HA ASISTIDO *

Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación; si ella es multipara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación. La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

8

FECHA DE LA ULTIMA CONSULTA PARA EL CUIDADO PRENATAL *

DD MM AAAA

21 / 04 / 2025

ESTA CONSUMIENDO MICRONUTRIENTES? *

	SI	NO
HIERRO	☐	☒
CALCIO	☒	☐
ACIDO FOLICO	☐	☒

ASISTIO O TIENE PROGRAMADA LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN *

Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para el cuidado prenatal. Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer los controles que se requieran dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo con el criterio del profesional en nutrición y dietética

- ☒ Sí
- ☐ No
- ☐ Ya es puérpera y no asistió a la consulta
- ☐ Tuvo interrupción de la gestación (IVE, Aborto espontaneo, otro)

IPS A LA QUE ASISTIO A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (Si no ha asistido poner "No aplica") *

CAFAM IPS CHÍA

FECHA DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

DD MM AAAA

12 / 03 / 2025

ASISTE AL CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD *

Serán mínimo 7 sesiones con una duración que oscila entre los 60 y los 90 minutos cada una, divididas así: una sesión antes de la semana 14, tres sesiones en el segundo trimestre y tres sesiones en el tercer trimestre.

- ☒ Sí
- ☐ No

HA RECIBIDO CAPACITACION EN LM *

- ☒ Sí

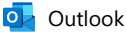
☐ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Asiste a controles prenatales y cita de nutrición de manera oportuna, asiste a curso para la maternidad y paternidad y capacitación en lactancia materna, alimentación adecuada recomendada por profesional en nutrición. Se brinda educación y asesoría en la alimentación durante la gestación y mantener al día esquema de vacunación.

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5I_Qkcy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Sáb 3/05/2025 6:34 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTUyOTZTA2YTFINWM5MylslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

ANA MILENA GUZMAN GOMEZ

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072651806

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

03 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

Malnutrición gestantes (Mango)

Malnutrición Gestantes

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

Malnutrición gestantes (Mango) - Seguimiento Inicial

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimiento deben ser presenciales en Gestantes sin aseguramiento y Gestantes migrantes

☐ DOMICILIARIO

☒ TELEFONICO

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CANTIDAD DE CONSULTAS PARA EL CUIDADO PRENATAL A LAS QUE HA ASISTIDO *

Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación; si ella es multipara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación. La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

9

FECHA DE LA ULTIMA CONSULTA PARA EL CUIDADO PRENATAL *

DD MM AAAA

08 / 01 / 2025

ESTA CONSUMIENDO MICRONUTRIENTES? *

SI

NO

HIERRO

☒

☐

CALCIO

☒

☐

ACIDO FOLICO

☒

☐

ASISTIO O TIENE PROGRAMADA LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN *

Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para el cuidado prenatal. Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer los controles que se requieran dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo con el criterio del profesional en nutrición y dietética

☒ Sí

☐ No

☐ Ya es puérpera y no asistió a la consulta

☐ Tuvo interrupción de la gestación (IVE, Aborto espontaneo, otro)

IPS A LA QUE ASISTIO A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (Si no ha asistido poner "No aplica") *

CAFAM CHÍA IPS

FECHA DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

DD MM AAAA

15 / 10 / 2024

ASISTE AL CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD *

Serán mínimo 7 sesiones con una duración que oscila entre los 60 y los 90 minutos cada una, divididas así: una sesión antes de la semana 14, tres sesiones en el segundo trimestre y tres sesiones en el tercer trimestre.

☒ Sí

☐ No

HA RECIBIDO CAPACITACION EN LM *

☒ Sí

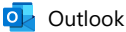
☐ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Paciente asistió a controles prenatales, nutrición y cursos de maternidad y paternidad de manera oportuna, tuvo parto a la semana 38 en enero 2025, peso adecuado de recién nacido. Se brinda educación y asesoría en la alimentación durante la lactancia materna, asistencia oportuna a controles programados y esquema de vacunación al día.

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [//drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespor



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Sáb 3/05/2025 5:42 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWItMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

MARTHAnPAOLAnCLAVIJOOnGUABA

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1072664736

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

03 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

Malnutrición gestantes (Mango)

Malnutrición Gestantes

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

Malnutrición gestantes (Mango) - Seguimiento Inicial

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimiento deben ser presenciales en Gestantes sin aseguramiento y Gestantes migrantes

☐ DOMICILIARIO

☒ TELEFONICO

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CANTIDAD DE CONSULTAS PARA EL CUIDADO PRENATAL A LAS QUE HA ASISTIDO *

Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación; si ella es multipara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación. La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

9

FECHA DE LA ULTIMA CONSULTA PARA EL CUIDADO PRENATAL *

DD MM AAAA

28 / 04 / 2025

ESTA CONSUMIENDO MICRONUTRIENTES? *

	SI	NO
HIERRO	☐	☒
CALCIO	☒	☐
ACIDO FOLICO	☐	☒

ASISTIO O TIENE PROGRAMADA LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN *

Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para el cuidado prenatal. Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer los controles que se requieran dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo con el criterio del profesional en nutrición y dietética

- ☒ Sí
- ☐ No
- ☐ Ya es puérpera y no asistió a la consulta
- ☐ Tuvo interrupción de la gestación (IVE, Aborto espontaneo, otro)

IPS A LA QUE ASISTIO A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (Si no ha asistido poner "No aplica") *

COMPENSAR IPS CHÍA

FECHA DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

DD MM AAAA

__ / __ / __

ASISTE AL CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD *

Serán mínimo 7 sesiones con una duración que oscila entre los 60 y los 90 minutos cada una, divididas así: una sesión antes de la semana 14, tres sesiones en el segundo trimestre y tres sesiones en el tercer trimestre.

- ☐ Sí
- ☒ No

HA RECIBIDO CAPACITACION EN LM *

- ☐ Sí

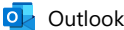
☒ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Paciente se encuentra asistiendo a controles prenatales de forma oportuna y a valoración y seguimiento de nutrición, no asiste a curso de preparación para maternidad y paternidad por dificultad en permisos en trabajo. Se recuerda la asistencia oportuna a controles prenatales y demás citas programadas, así como a los cursos de preparación para la maternidad y paternidad y capacitación para lactancia materna. Se brinda educación y asesoría en la alimentación durante la gestación y mantener al día esquema de vacunación

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJjtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi



SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Desde Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Fecha Sáb 3/05/2025 6:25 PM
Para sofia.nutricionistachia@outlook.com <sofia.nutricionistachia@outlook.com>



Gracias por rellenar [SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA](#)

Esto es lo que se recibió.

SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERES DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En el siguiente enlace encontrara la información relacionada con sus seguimientos:

<https://app.powerbi.com/view/?r=eyJrJoiMDA0NWQ2MGQzMzUzYS00NWQxLWEwZWtMDYwNDBIMjFINDk4IiwidCI6IjlkMzQ5ZjhjLTdmNzAtNGRmMC1hYjBmLTU0ZTA2YTFINWM5MjYslmMiOjR9>

Correo *

sofia.nutricionistachia@outlook.com

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

1.1. Nombre de la persona al que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el nombre de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el nombre del menor.

VALENTINA RAMIREZ SANDOVAL

1.2. Documento de la persona a la que corresponde el seguimiento *

Registre la información tal cual aparece en la base enviada: Para 110 Bajo peso al nacer registre el documento de la madre del menor. Para 113 Desnutrición aguda en menor de 5 años (Sivigila y Mango) registre el documento del menor.

1031808727

1.3. Fecha del seguimiento *

DD MM AAAA

03 / 05 / 2025

1.4. Nombre de quien realiza el seguimiento *

LAURA SOFIA GOMEZ BONILLA

1.5. Profesión de quien realiza el seguimiento *

Nutricionista

1.6. Seleccione el evento del seguimiento *

Malnutrición gestantes (Mango)

Malnutrición Gestantes

Tipo de seguimiento *

☒ Inicial

☐ De seguimiento al caso y los procesos de gestión

Malnutrición gestantes (Mango) - Seguimiento Inicial

TIPO DE SEGUIMIENTO *

Los seguimiento deben ser presenciales en Gestantes sin aseguramiento y Gestantes migrantes

☐ DOMICILIARIO

☒ TELEFONICO

Tipo de régimen en salud *

Contributivo

CANTIDAD DE CONSULTAS PARA EL CUIDADO PRENATAL A LAS QUE HA ASISTIDO *

Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación; si ella es multipara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación. La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

5

FECHA DE LA ULTIMA CONSULTA PARA EL CUIDADO PRENATAL *

DD MM AAAA

11 / 04 / 2025

ESTA CONSUMIENDO MICRONUTRIENTES? *

	SI	NO
HIERRO	☒	☐
CALCIO	☐	☒
ACIDO FOLICO	☐	☒

ASISTIO O TIENE PROGRAMADA LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN *

Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para el cuidado prenatal. Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer los controles que se requieran dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo con el criterio del profesional en nutrición y dietética

- ☒ Sí
- ☐ No
- ☐ Ya es puérpera y no asistió a la consulta
- ☐ Tuvo interrupción de la gestación (IVE, Aborto espontaneo, otro)

IPS A LA QUE ASISTIO A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (Si no ha asistido poner "No aplica") *

COMPENSAR IPS CHÍA

FECHA DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

DD MM AAAA

03 / 02 / 2025

ASISTE AL CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD *

Serán mínimo 7 sesiones con una duración que oscila entre los 60 y los 90 minutos cada una, divididas así: una sesión antes de la semana 14, tres sesiones en el segundo trimestre y tres sesiones en el tercer trimestre.

- ☒ Sí
- ☐ No

HA RECIBIDO CAPACITACION EN LM *

- ☒ Sí

☐ No

Intervenciones / Observaciones

Intervenciones / Observaciones *

Paciente asiste a consultas de control prenatal, nutrición y cursos de manera oportuna, alimentación sana para estado nutricional sobrepeso gestacional. Se recuerda la asistencia oportuna a controles prenatales y demás citas programadas, así como a los cursos de preparación para la maternidad y paternidad y capacitación para lactancia materna. Se brinda educación y asesoría en la alimentación durante la gestación y mantener al día esquema de vacunación.

[Crea tu propio formulario de Google](#)
¿Parece sospechoso este formulario? [/drive.google.com/u/0/abuse?id=AKkXjoy3n2WPRL7j891Ph5NmSPusW8xSVb7UA1t061c1kLNNv9dAc82MI-DhAxoNyXZyagJtFYZU1S7h2mssX8:0&docurl=https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe6LA7vtMTbOvPxD1YLa0zWk5l_Qkcxy5JUSgLxshbPakZpzQ/formRespoi

 ALCALDIA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 4

PROCESO: Gestión de Salud

DEPENDENCIA: Secretaría de Salud

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Laura Sofía Gómez Bonilla

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

☐ Consejo

☐ Comité

☐ Reunión

☒ Otro Visita Asistencia técnica IPS Virrey Solis

ACTA N°	1		FECHA	02/05/2020	
LUGAR					
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	
	Laura Sofía Gómez	1019134248	Noticcionista / Sec. Salud	sofia.noticcionista@chias.gov.co	
	Donis Duarte	35425229	Enfermera Jefe IPS Virrey Solis	donish@virreysolis.com.co	
INVITADOS					
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN					
<u>Realizar asistencia técnica sobre las rutas ind.-</u>					

 ALCALDIA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 4

grales de atención materno infantil y en DNT menor de 5 años.

2. ORDEN DEL DÍA

1. Saludo y presentación.
2. Información manejo rutas en IPS Uirrey Sols.
3. Análisis y fortalecimiento.
4. Revisión y Historia Clínica.

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

- * Ruta DNT, se remite a médico para prueba de apetito, si da positiva, seguimiento descentralizado, prueba negativa, se remite a dnta Fortalecer
- * Gestantes: Seguimiento dependiendo la nutrición. Seguimiento centralizado desde nutrición llamada seguimientos.
- * Bajos pesos al nacer: Centralizado en Bogotá. Programa Madre Plan Congoro.

↑
Análisis de información compartida:

Se observa ruta de DNT en menor de 5 años con buena ejecución, canalización después de identificación del caso para notificación al evento 113 y SIVIGILA y para inicio de la ruta. Prueba de apetito positiva formulación y

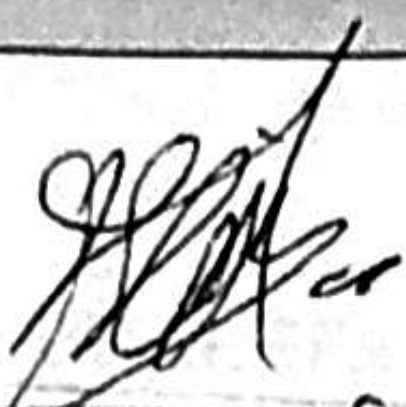
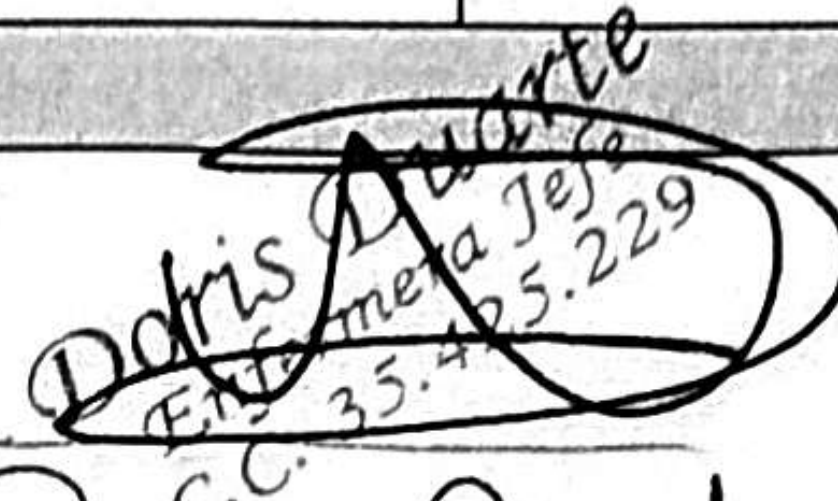
 ALCALDIA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	3 de 4

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA
seguimientos, prueba de apetito negativa, fórmula alternativa y realizar seguimientos mediante llamada centralizada desde Bogotá. - Ruta Materno-perinatal con seguimiento oportuno a gestantes con malnutrición, dependiendo caso y criterio nutricional. - Bajo peso: Se recomienda canalización de bajos pesos desde consulta a Plan Madre Canguro.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN
Se reusa la notificación y seguimiento de rutas de IPS Virrey Solís, se determina que hay buen cumplimiento pero se deben reforzar algunos puntos.

5. ANEXOS		
6. COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Socialización rutas	Donis Quate	02-06-2025
Refuerzos de notificación y rutas	Sofía Gómez	Por definir

 ALCALDIA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	4 de 4

FIRMAS	
 Laura Sofía Gómez Benito Nutricionista CC 1019134248 sofia.nutricionista@outlook.com cel: 3173346157	 Doris Duarte Jefe Enfermería CC 3842 5229 correo: dorish@virreysh.com.co



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

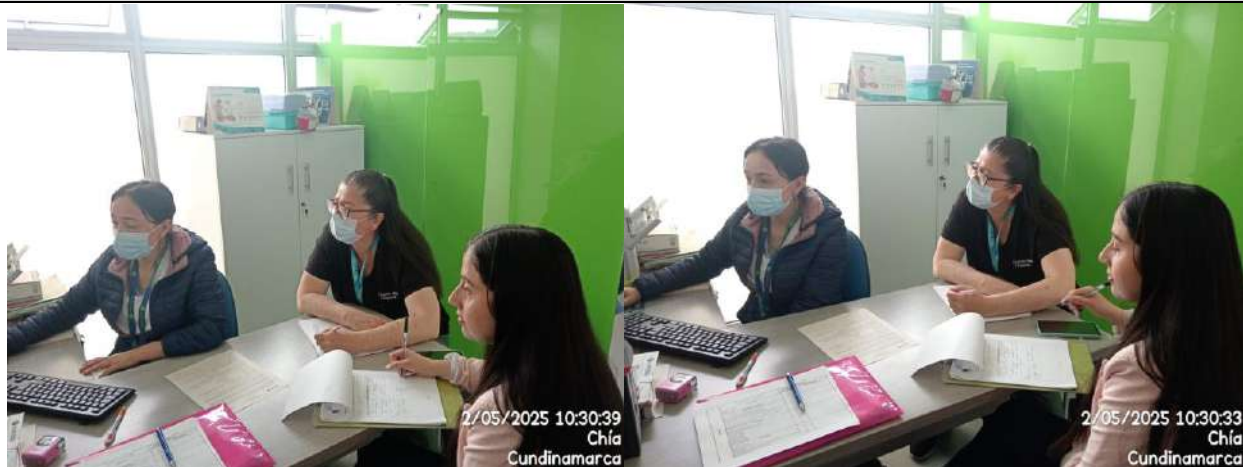
CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PÁGINAS

1 de 1

1. ANEXOS





ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

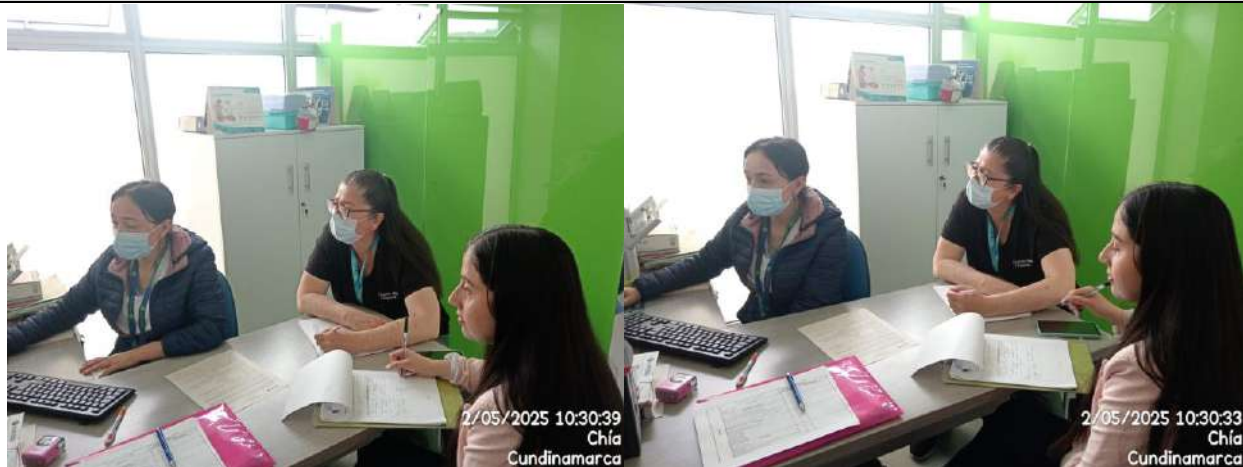
CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PÁGINAS

1 de 1

1. ANEXOS



 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 5

PROCESO: Visita de asistencia técnica para implementación de Sala Amiga de la Familia Lactante (SAFL) en la empresa Andrés Carne de Res del municipio de Chía

DEPENDENCIA: Secretaría de Salud

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

- ☐ Consejo _____
☐ Comité _____
☐ Reunión ESTRATEGIA SALAS AMIGAS DE LA FAMILIA LACTANTE (SAFL) EN EL MUNICIPIO DE CHÍA
☐ Otro _____

ACTA N°	1	FECHA	09/04/2025	
LUGAR				
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	CC 1019134248	NUTRICIONISTA/SECRETARÍA DE SALUD	sofia.nutricionistachia@outlook.com
	NATALY ANDREA CASTELLANOS ESCUDERO	CC 1014289982	Coordinadora SST /ANDRES CARNE DE RES	analistasstandres@divinaprovidencia.com.co
INVITADOS				
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
Verificar, según lineamiento técnico, el cumplimiento del espacio destinado para la Sala Amiga de la Familia Lactante (SALF) de la empresa Andrés Carne de Res®				
2. ORDEN DEL DÍA				
1. Saludo				

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 5

2. Visita al espacio destinado para SALF
3. Verificación cumplimiento de especificaciones
4. 4. Acuerdos
5. Despedida y marcha final

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 2:00 p.m. se da inicio la reunión con Nataly Andrea Castellanos Escudero, coordinadora de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa Andrés Carne de Res Andrés®, esta reunión se lleva a cabo en las instalaciones de la empresa y por solicitud de la misma.

Luego del saludo Y contextualización de la solicitud de visita, se procede a revisar el espacio destinado a la implementación futura de la Sala Amiga de la Familia Lactante (SAFL) de la empresa, para verificar el cumplimiento de los parámetros técnicos que dicta la Resolución 2423 del 2018 para el funcionamiento de las SAFL en su apartado de infraestructura, específicamente numeral 4.4.1. Localización y 4.4.2. Características de ambientes. La verificación se desarrolla en el siguiente orden:

1. Localización: el espacio destinado para la SAFL se encuentra en un lugar exclusivo y agradable, alejado de cualquier tipo de contaminación ambiental o que pueda generar incomodidad a las madres lactantes, actualmente se utiliza como archivo.
2. Condiciones ambientales: las dimensiones del espacio son 3.958 m X 2.545 m, es decir, un área de 9.75 m², que cumple con la capacidad para el talento humano objetivo de la empresa (3 madres gestantes y 2 en lactancia). Además, el espacio tiene potencial para adecuarse fácilmente de acuerdo con las especificaciones de iluminación, ventilación, condiciones de pisos y paredes, etc.

Al terminar la verificación del cumplimiento de la infraestructura, se aprueba el inicio de la de la estrategia SAFL en la empresa Andrés Carne de Res, recordando el cumplimiento de los 5 pasos fundamentales para poder iniciar con la implementación:

1. Disponer de una política que permita lograr la sostenibilidad de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral, que promueva la corresponsabilidad de las mujeres gestantes, madres en lactancia, familias y comunidad empresarial.
2. Adecuar el espacio físico y dotarlo de los equipos necesarios que permitan minimizar los riesgos de contaminación de la leche materna, durante el proceso de extracción, conservación y transporte hacia el hogar.
3. Asegurar la extracción, conservación y transporte de la leche materna.
4. Formar a mujeres gestantes, madres en lactancia y comunidad empresarial
5. Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de la leche materna y el

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	3 de 5

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Decreto 1397 de 1992.

Finalmente, se acuerda realizar nueva visita para verificar cumplimiento de todos los pasos y parámetros técnicos para dar inicio la implementación de la estrategia.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

El espacio dispuesto por la empresa para la implementación de la SALF cuenta con las condiciones adecuadas, sin embargo, es necesario realizar las modificaciones necesarias para cumplir con todos los parámetros técnicos dispuestos en la normatividad.

Además de cumplir con los parámetros técnicos, es importante recalcar el cumplimiento de los demás pasos para la implementación de la estrategia SAFL, así como contar con una política, un plan de capacitación para madres gestantes y en lactancia, lograr la exitosa extracción, conservación y transporte de la leche materna y evitar la promoción del uso de sucedáneos de leche materna.



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PAGINAS

4 de 5

5. ANEXOS



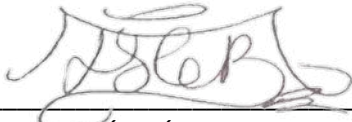
6. COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Realizar las modificaciones necesarias al espacio, así como la gestión de los 5 pasos para la implementación de la SAFL	NATALY ANDREA CASTELLANOS ESCUDERO/ Coordinadora SST - ANDRES CARNE DE RES	Por confirmar
Realizar visita inicial para la verificación de cumplimiento de pasos y parámetros	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA/NUTRICIONISTA-	Por confirmar

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PÁGINAS	5 de 5

técnicos para el inicio de la implementación de la SAFL en la empresa	SECRETARÍA DE SALUD	

FIRMAS

 LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA NUTRICIONISTA/SECRETARÍA DE SALUD CC. 1019134248	NATALY ANDREA CASTELLANOS ESCUDERO Coordinadora SST -ANDRES CARNE DE RES CC. 1014289982
---	---

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	1 de 5

PROCESO: Gestión de salud

DEPENDENCIA: Secretaría de Salud

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA

NATURALEZA DE LA REUNIÓN:

- ☐ Consejo _____
- ☐ Comité _____
- ☐ Reunión Visita de asistencia técnica para implementación de Sala Amiga de la Familia Lactante (SAFL) en la empresa Centro Comercial Fontanar del municipio de Chía
- ☐ Otro _____

ACTA N°	1	FECHA	21/04/2025		
LUGAR					
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	
	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA	CC 1019134248	NUTRICIONISTA/SECRETARÍA DE SALUD	sofia.nutricionistachia@outlook.com	
	TATIANA MARTINEZ	CC	Coordinadora SST /Centro Comercial Fontanar	tatiana.martinez@cimentoo.com	
INVITADOS					
1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN					
Verificar, según lineamiento técnico, el cumplimiento del espacio destinado para la Sala Amiga de la Familia Lactante (SALF) de la empresa Centro Comercial Fontanar					
2. ORDEN DEL DÍA					
1. Saludo					

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	2 de 5

2. Visita al espacio destinado para SALF
3. Verificación cumplimiento de especificaciones
4. 4. Acuerdos
5. Despedida y marcha final

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

Siendo las 2:00 p.m. se da inicio la reunión con Tatiana Martínez, coordinadora de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa Centro Comercial Fontanar, esta reunión se lleva a cabo en las instalaciones de la empresa y por solicitud de esta.

Luego del saludo Y contextualización de la solicitud de visita, se procede a revisar el espacio destinado a la implementación futura de la Sala Amiga de la Familia Lactante (SAFL) de la empresa, para verificar el cumplimiento de los parámetros técnicos que dicta la Resolución 2423 del 2018 para el funcionamiento de las SAFL en su apartado de infraestructura, específicamente numeral 4.4.1. Localización y 4.4.2. Características de ambientes. La verificación se desarrolla en el siguiente orden:

1. Localización: el espacio destinado para la SAFL se encuentra en un lugar exclusivo y agradable, alejado de cualquier tipo de contaminación ambiental o que pueda generar incomodidad a las madres lactantes, actualmente se utiliza como archivo.
2. Condiciones ambientales: las dimensiones del espacio son 2 m X 4 m, es decir, un área de 6 m², que cumple con la capacidad para el talento humano objetivo de la empresa (1 madres gestantes y 2 en lactancia). Además, el espacio tiene potencial para adecuarse fácilmente de acuerdo con las especificaciones de iluminación, condiciones de pisos y paredes, etc. Se acuerda ajustar ventilación para poder cumplir con lo estipulado en la resolución.

Al terminar la verificación del cumplimiento de la infraestructura, se aprueba el inicio de la de la estrategia SAFL en la empresa Andrés Carne de Res, recordando el cumplimiento de los 5 pasos fundamentales para poder iniciar con la implementación:

1. Disponer de una política que permita lograr la sostenibilidad de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral, que promueva la corresponsabilidad de las mujeres gestantes, madres en lactancia, familias y comunidad empresarial.
2. Adecuar el espacio físico y dotarlo de los equipos necesarios que permitan minimizar los riesgos de contaminación de la leche materna, durante el proceso de extracción, conservación y transporte hacia el hogar.
3. Asegurar la extracción, conservación y transporte de la leche materna.
4. Formar a mujeres gestantes, madres en lactancia y comunidad empresarial

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN		
	ACTA DE REUNION	CÓDIGO	SIG-FT-01-V3
		PAGINAS	3 de 5

3. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

5. Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de la leche materna y el Decreto 1397 de 1992.

Finalmente, se acuerda realizar nueva visita para verificar cumplimiento de todos los pasos y parámetros técnicos para dar inicio la implementación de la estrategia.

4. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

El espacio dispuesto por la empresa para la implementación de la SALF cuenta con las condiciones adecuadas, sin embargo, es necesario realizar las modificaciones necesarias para cumplir con todos los parámetros técnicos dispuestos en la normatividad, en especial la ventilación.

Además de cumplir con los parámetros técnicos, es importante recalcar el cumplimiento de los demás pasos para la implementación de la estrategia SAFL, así como contar con una política, un plan de capacitación para madres gestantes y en lactancia, lograr la exitosa extracción, conservación y transporte de la leche materna y evitar la promoción del uso de sucedáneos.



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PÁGINAS

4 de 5

5. ANEXOS





ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHIA

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

ACTA DE REUNION

CÓDIGO

SIG-FT-01-V3

PÁGINAS

5 de 5



6. COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO
Realizar las modificaciones necesarias al espacio, así como la gestión de los 5 pasos para la implementación de la SAFL	TATIANA MARTINEZ /SST FONTANAR	Por confirmar
Realizar visita inicial para la verificación de cumplimiento de pasos y parámetros técnicos para el inicio de la implementación de la SAFL en la empresa	LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA/NUTRICIONISTA-SECRETARÍA DE SALUD	Por confirmar

FIRMAS

LAURA SOFÍA GÓMEZ BONILLA
NUTRICIONISTA/SECRETARÍA DE SALUD
CC. 1019134248

TATIANA MARTINEZ
SST CENTRO COMERCIAL FONTANAR
CC.



Laura Sofia Gomez Bonilla <lsgomez@unal.edu.co>

Modelo carta de intención elaboración de convenio

Gloria Yaneth Pinzon Villate <gypinzonv@unal.edu.co>
Para: Laura Sofia Gomez Bonilla <lsgomez@unal.edu.co>

25 de abril de 2025, 9:56

Hola querida Sofia

Te envío de una vez el modelo de oficio, pues luego se me pasa con otros asuntos.

Agradezco tu atención y trámite y estaré muy pendiente de si se requiere realizar una reunión para coordinar este proceso.

Un abrazo

--

Gloria Yaneth Pinzón Villate (ND, MSP, PhD)
Profesora Asociada
Departamento de Nutrición Humana
Universidad Nacional de Colombia
Tel. 3165000 ext. 15096-15115
Cel. 311-2362029

Aviso legal: El contenido de este mensaje y los archivos adjuntos son confidenciales y de uso exclusivo de la Universidad Nacional de Colombia. Se encuentran dirigidos sólo para el uso del destinatario al cual van enviados. La reproducción, lectura y/o copia se encuentran prohibidas a cualquier persona diferente a este y puede ser ilegal. Si usted lo ha recibido por error, infórmenos y elimínelo de su correo. Los Datos Personales serán tratados conforme a la Ley 1581 de 2012 y a nuestra Política de Datos Personales que podrá consultar en la página web www.unal.edu.co. Las opiniones, informaciones, conclusiones y cualquier otro tipo de dato contenido en este correo electrónico, no relacionados con la actividad de la Universidad Nacional de Colombia, se entenderá como personales y de ninguna manera son avaladas por la Universidad.



Modelo de carta de intención para elaboración de convenio.docx

13K



Alcaldía Municipal
de Chila

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA

CODIGO

SIG-FT-02-V3

PAGINAS

1 de 2

CAPACITACIÓN

ENTRENAMIENTO

REUNIÓN

OTRO (*)

¿CUAL?

PROCESO

GESTIÓN DE SALUD

DEPENDENCIA

SECRETARÍA DE SALUD

FECHA

4/4/25

HORA INICIO

8:30

HORA FINAL

LUGAR

AUDITORIO SECRETARÍA MUNICIPAL

RESPONSABLE DEL EVENTO

ARMANDO ARZUELO GONZALEZ

CARGO

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

NOMBRE DEL EVENTO / TEMA

CORTE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - CA

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chila para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chila de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: <https://www.chila.cundinamarca.gov.co/articulo/index.php/ley-1712-transparencia/mecanismos-de-contacto/correo-electronico-para-notificaciones-judiciales> 38- atención al ciudadano/2829-politicas-de-seguridad-y-privacidad-de-la-informacion-del-sitio-web-y-proteccion-de-datos-personales.

N°	NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	DEPENDENCIA / EMPRESA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Fabian Alexander Villalobos Ramirez	1073602812	Caimesa	Coordinador Reduccion de la Violencia	fabian.villalobos@caimesa.com	
2	Diego Lopez Mendoza	1057592682	Servicio de Salud de Chila	Enfermera P. 4º	diego.lopez@servicio-salud-de-chila.com.co	
3	Paula Marcela Alfaro	1073602812	Centro Médico U. Labora	Enfermera Jefe	ceam@univision.com.co	
4	Valentina Restrepo Albin	1073602812	Sec. Salud	Psicóloga Jefe CA	valentina.restrepo@servicio-salud-de-chila.com.co	
5	Yana Eugenia Lopez Hernandez	52124966	Sec. Salud	Terapeuta E.	ysana.lopez@servicio-salud-de-chila.com.co	
6	Juan Pablo Cortez	1073602812	Sanitas	Enfermera Jefe	juan.pablo.cortez@sanitas.com.co	
7	Alexandra Olaya R	1057592682	Protección	Enfermera	alexandra.olaya@proteccion.com.co	
8	JOHANNA PINTO E.	35771451	SOPA Chila II y Chila I	Enfermera	jpinto@socosopa.com.co	
9	Carolina Ponce Rocio	1073602812	Sec. Salud	Enfermera Jefe	carolina.ponce@servicio-salud-de-chila.com.co	
10	Fernando Pardo Pardo	51875349	Sec. Salud	Asesor y Jefe	fernando.pardo@servicio-salud-de-chila.com.co	
11	Alvaro Cárdenas Pardo	1073602812	Sec. Salud	Asesor SSK	alvaro.cardenas@servicio-salud-de-chila.com.co	

PROCESO SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA

N°	NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	DEPENDENCIA / PROCESO	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
13	Nathaly Morales Vega	1072657660	EST. H. Santo Domingo Chilo	T. social	trahoy@saludchilo.cl	
14	Karen Macina Frendberg	1000173635	IPS San Rafael	Supervisor del paciente	potter@sanrafaelips.com	
15	Carla Bahr B.	52997774	Clinica Cruz Hospital	Epidemiología	zenaida.beltran@centrua.com	
16	Yolanda Andrea Illanes	1030012144	Clinica	As. Geriátrica	Yolanda.illanes@saludchilo.cl	
17	Jessica Vanessa Mulla	1014279147	Emergencia	Salud Pública	Saludp-b@saludchilo.cl	
18	Silvia Alejandra Garcia Trujillo	1028720070	Clinica Merly Jce	Intervención Integral	jete.intervencional@saludchilo.cl	
19	Vicky Leiny Nuñez Moya	1129524788	Clinica de Marly Jce	Auxiliar de enfermería	intervencional@saludchilo.cl	
20	Maria Cristina Córdova Cordero	35791515	IPS Cordero	As. de enfermería	maria.cordova@saludchilo.cl	
21	Doña Duarte H	35425224	Unidad Solid Chilo	Enfermera	doña.duarte@saludchilo.cl	
22	Elizabeth Castro Reina	51934583	Alto Salud	As. Contratación	elizabeth.castro@saludchilo.cl	
23	Olga Patricia Ramirez Arevalo	52535399	Fundación Santa Fe	Enfermeras	olga.patricia@saludchilo.cl	
24	Yancy Dorena Valdivia Carrón	100004994	Clinica Universidad de la Patagona	Auxiliar epidemiológica	endersona@saludchilo.cl	
25	Laura Sofía Coirolet Bouilla	1014134248	Sec. Salud	Administrativa	laura.coirolet@saludchilo.cl	
26	Andrea Quecun N	35145506	SEM-Educación	Contratista	andrea.quecun@saludchilo.cl	
27	Claudia Quintero Egoz	52800511	Compensación	Epidemiología	cquintero@compensacion.cl	
28	Fuqui Rada Araya Otero	107210124	Secretaría Salud	Psicología	saludmental@saludchilo.cl	
29	Yajaira Rosmay Romero E	35199816	Secretaría Salud	Epidemiología	epidemiologia@saludchilo.cl	
30	Paula Velazquez Cordero	35199816	Secretaría Salud	Epidemiología	mayom@saludchilo.cl	
31						

CODIGO

PAGINAS

SIG-FT-02-V3

2 de 2